Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. Heimann

UNTERSUCHUNG ZU FAMILIENSTAND UND SOZIALER SITUATION BEI DEPRESSIV ERKRANKTEN FRAUEN

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard - Karls - Universität
Tübingen

vorgelegt von
Helga Merkl geb. Balling
aus Würzburg

1982

UNIV.
LEIDEN
NED.

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. Heimann

UNTERSUCHUNG ZU FAMILIENSTAND UND SOZIALER SITUATION BEI DEPRESSIV ERKRANKTEN FRAUEN

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard - Karls - Universität
Tübingen

vorgelegt von
Helga Merkl geb. Balling
aus Würzburg

1982

Dekan:	Professor Dr. W. Frommhold
1. Berichterstatter:	Professor Dr. H. Heimann
2. Berichterstatter:	Professor Dr. K.-H. Stapf

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	EINLEITUNG	1
II.	METHODIK UND MATERIAL	5
III.	DARSTELLUNG DER EIGENEN ERGEBNISSE	7
1,A)	Geschlechtsspezifische Häufigkeit der einzelnen Diagnosen	7
1,B)	Anteil der männlichen und weiblichen Patienten an jeder diagnostischen Kategorie	8
1,C)	Geschlechtsspezifische Häufigkeit der einzelnen Diagnosen	9
2,A)	Familienstand: Vergleich zwischen Männern und Frauen	10
2,B)	Familienstand: Vergleich der männlichen und weiblichen Patienten nach Altersgruppen	11
2,C)	Familienstand: Geschlechtsspezifischer Vergleich von Patienten und Wohnbevölkerung, differenziert nach Altersgruppen	12
2,D)	Familienspezifische Verteilung der einzelnen Diagnosen bei den Frauen	15
2,E)	Verteilung der einzelnen Diagnosen bei den weiblichen Patienten, differenziert nach Familienstand und drei Altersgruppen	16
3,A)	Geschlechtsspezifischer Vergleich der Schichtzugehörigkeit der Patienten	18
3,B)	Schichtspezifische Verteilung der einzelnen Diagnosen bei den Frauen	19
4,A)	Häufigkeit von außerhäuslicher Erwerbstätigkeit und Hausfrauentätigkeit bei den weiblichen Patienten	22
4,B)	Vergleich von Familienstand und Berufstätigkeit zwischen Patientinnen und der weiblichen Bevölkerung Baden-Württembergs über 20 Jahre von 1967	23
4,C)	Tätigkeitsspezifische Verteilung der Diagnosen bei den Frauen	24
4,D)	Erwerbstätigkeit der weiblichen Patienten, verglichen mit der weiblichen Bevölkerung Baden-Württembergs von 1967	25

Seite

4,E) Anteil der Erwerbs- bzw. Hausfrauentätigkeit in den einzelnen Schichten unter Berücksichtigung des Familienstandes bei den berufstätigen Frauen 25

5,A) Zahl der Kinder: Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht, differenziert nach drei Altersgruppen 27

5,B) Zahl der Kinder: Vergleich der weiblichen Patientengruppe mit der weiblichen Bevölkerung in Baden-Württemberg von 1967 28

6. Geschlechtsspezifische Häufigkeit an besonderen Ereignissen im Jahr vor der ersten Aufnahme 29

IV. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND LITERATURVERGLEICH 31

1. Familienstand 31
2. Schichtzugehörigkeit 39
3. Erwerbstätigkeit 46
4. Besondere Ereignisse im Jahr vor der ersten Aufnahme 51

V. SCHLUSSBETRACHTUNG 56

VI. ZUSAMMENFASSUNG 62

LITERATURVERZEICHNIS I-IV

I. EINLEITUNG

Unter den epidemiologischen Studien, die sich mit der Depression befassen, besteht nahezu völlige Übereinstimmung darin, daß depressive Störungen bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern. Nach WEISSMAN u. KLERMAN (1977) soll dies für die gesamten westlichen Industrienationen zutreffen,mit Ausnahme von Finnland und Norwegen, wo der Geschlechteranteil etwa gleich hoch sein soll. Auch von einigen Entwicklungsländern wie Irak, Indien, Neu-Guinea und Rhodesien wird kein Überwiegen des weiblichen Geschlechts berichtet. Allerdings kann hier nicht näher auf methodologische Probleme eingegangen werden, die sich durch Selektionsprozesse seitens der behandelnden Institutionen ergeben bei der Diagnostizierung und Abgrenzung von anderen psychischen Erkrankungen sowie schließlich durch die transkulturell unterschiedliche Ausprägung der Symptome bzw. den Bedeutungsgehalt von Verhaltensweisen (s. auch WULFF, 1972). Schon innerhalb des westlichen Kulturkreises können unterschiedliche Methoden, die schwerpunktmäßig jeweils andere Symptome erfassen, zu differenten Ergebnissen gelangen. So fanden SCHWAB et al. (1966), daß mit Hilfe des klinischen Interviews bzw. der HAMILTON-Rating Scale for Depression (HRSD) jeweils andere Personengruppen als depressiv eingestuft werden. Es wurden mit dem HRSD vor allem Unterschichtsangehörige als depressiv eingeordnet, durch das klinische Interview hingegen mehr Oberschichtsangehörige.

Die amerikanische Studie von WEISSMAN u. KLERMAN (1977) gibt einen Überblick über die Literatur der letzten vierzig Jahre, die sich mit dem Geschlechterunterschied in der Depressionshäufigkeit befaßt, und diskutiert anschließend die verschiedenen Theorien, die zur Erklärung dieses Phänomens aufgestellt werden. Es wird auch der immer wieder aufgeworfenen Frage nachgegangen, ob die Geschlechterdifferenz "echt" ist oder ein Artefakt, hervorgerufen dadurch, daß

a) Frauen Streß und Schwierigkeiten anders erleben bzw. anders gewichten als Männer (s. auch PHILIPS, D.L. "es sei kulturell bedingt bei Frauen eher akzeptiert, Probleme zu äußern", 1969),
b) das weibliche Krankheitsverhalten anders sei als das männliche, z.B. häufigere Arztbesuche, größere Mengen von Tabletten würden konsumiert, v.a. Psychopharmaka und Schlafmittel (MAZER; M., 1974; PARRY et al., 1973),
c) die Umwelt und die behandelnden Institutionen anders reagierten auf ihre Symptome, möglicherweise aufgrund eines bestimmten, gesellschaftlich definierten Rollenbildes (GOVE, 1977; HAMMEN, C.L., 1977),
d) der Alkoholkonsum bei den Männern höher ist und als "psychopharmakologische Behandlung" der Depression diese in geringerem Ausmaß als eigenes Krankheitsbild in Erscheinung treten läßt,
e) Männer bei kriminellen Handlungen und auch vollendeten Suiziden überwiegen, wobei häufig eine Depression zugrunde liegen kann.

Bei Berücksichtigung all dieser Einwände und bei Vergleich der verschiedenen Quellen, aus denen die Ergebnisse bezüglich des Überwiegens von Frauen herrühren, nämlich klinische Studien, allgemeine Studien über Trauer- und Verlustereignisse, über Selbstmorde und Selbstmordversuche, schließlich Gemeindestudien, kommen WEISSMAN u. KLERMAN zu dem Schluß, daß die höhere Depressionsrate des weiblichen Geschlechts kein Artefakt ist.

Neben dem Ansatz, diese Tatsache durch eine stärkere, biologisch bedingte Verwundbarkeit zu erklären, sei sie genetischer oder biochemischer Art, bemühen sich heute verstärkt Forscher aus soziologischen und psychologischen Disziplinen um einen psychosozialen Ansatz, in dessen Mittelpunkt v.a. der benachteiligte soziale Status der Frau steht mit den daraus erwachsenden psychologischen Folgen.Dabei wird in einigen Untersuchungen der traditionellen Rolle der Frau, nämlich Hausfrau und Mutter zu sein, besondere Aufmerksamkeit gewidmet, bzw. den unterschiedlich hohen Erkrankungsraten bei verheirateten und ledigen Frauen.

GOVE ist Hauptvertreter der These, daß die Ehe für den Mann eher protektiv sei, während sie für die Frau mehr nachteilig sei, daher psychische Krankheiten häufiger beim weiblichen Geschlecht auftreten würden als beim männlichen und häufiger bei verheirateten Frauen als bei ledigen. Als mögliche Gründe dafür führt er an:

1) die Frau hat im allgemeinen nur e i n e soziale Rolle inne, die der Hausfrau, während der Mann aus zwei Quellen seine Zufriedenheit erlangen kann:Familie und Beruf,
2) eine große Zahl von verheirateten Frauen findet wahrscheinlich ihre hauptsächliche Tätigkeit, den Haushalt zu führen, frustrierend; es ist eine Tätigkeit von niedrigem Prestige,
3) die Hausfrauenrolle ist relativ unstrukturiert und undurchsichtig,
4) selbst wenn eine verheiratete Frau arbeitet, ist sie in einer weniger befriedigenden Rolle als der verheiratete Mann. Frauen sind auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert und haben häufig Stellen inne, die nicht ihrer Ausbildung entsprechen. Insgesamt arbeitet sie mehr Stunden am Tag, da die Hausarbeit hinzukommt.
5) Man hat festgestellt, daß die Erwartungen, mit denen Frauen konfrontiert werden, unklar und diffus sind. Frauen tendieren dazu, ihre Laufbahn an männlichen Maßstäben auszurichten, wogegen Männer sie nach ihren eigenen Bedürfnissen planen.

UNIV. LÜNEBURG BIBL.

GOVE hat nun anhand von Studien, die nach dem 2. Weltkrieg erschienen über die Beziehung zwischen Geschlecht, Familienstand und psychischer Krankheit in Industriegesellschaften, seine Hypothese überprüft und bestätigt gefunden. Ein Mangel dieser Arbeit ist allerdings, daß GOVE nicht differenziert nach einzelnen Krankheitsbildern, sondern nur ganz allgemein über psychische Krankheiten abhandelt.

Inwiefern nun der Anteil von Ledigen und Verheirateten bzw. auch Verwitweten und Geschiedenen unter den psychisch Kranken geschlechtsspezifisch ist und welche Erklärungen sich hierfür finden lassen, möchte ich im folgenden speziell am Beispiel der Depressionshäufigkeit bei Frauen und Männern untersuchen. Die Beziehung zwischen Familienstand und Depressionshäufigkeit wird den Hauptteil meiner Arbeit ausmachen. Daneben möchte ich auch noch auf die Rolle der Erwerbstätigkeit, der sozialen Schichtzugehörigkeit und der Kinderzahl der Patientinnen eingehen, soweit die Informationen aus den Krankengeschichten dies gestatten.

Die Art der Ereignisse im Jahr vor der ersten Aufnahme ist insofern interessant, als sie einen Hinweis geben können, ob der traditionelle Bereich der Frau, nämlich Haus und Familie, im Mittelpunkt ihrer Probleme und Schwierigkeiten steht oder ob inzwischen auch für sie das Berufsleben stärker in den Vordergrund gerückt ist.

Die hier angewandte Methode der retrospektiven Untersuchung von stationär behandelten Patienten mit depressiven Störungen läßt nur sehr beschränkte Aussagen zu, zum einen, weil ergänzende Informationen nicht mehr gewonnen werden können, zum anderen, weil das behandelte Krankengut durch Selektionsprozesse seitens der Institutionen beeinflußt ist.

II. METHODIK UND MATERIAL

Die Daten der vorliegenden Arbeit stellen die Sekundärauswertung einer retrospektiven epidemiologischen Untersuchung dar, die von W. WEISE und W. BLANK im Rahmen ihrer medizinischen Dissertation 1980 erstellt wurde. Es war nicht zu vermeiden, daß unsere Arbeiten sich an verschiedenen Punkten überschneiden, so daß ich an den entsprechenden Stellen auf o. g. Studien hinweisen werde.

Das Krankengut umfaßt 1.206 Personen, die in den Jahren 1961 - 1968 stationär in der Tübinger Universitätsnervenklinik behandelt wurden mit der Diagnose einer Depression. Hirnorganische Störungen wurden ausgeschlossen. Um Auslese-verfahren zu vermeiden, wurden nur Patienten, die in einem Umkreis von 50 km um Tübingen wohnten, in die Studie aufgenommen. Dieses Kriterium erfüllen, wie FINZEN (1974) feststellte, rund 80 % aller Patienten der Klinik.

Die Daten wurden den Krankengeschichten der betreffenden Patienten entnommen gemäß den Eintragungen der von 1961 - 1968 an der UNK beschäftigten Ärzte. Da während dieses Zeitraums in der Leitung der Klinik (unter Prof. W. Schulte) keine Veränderung erfolgte, kann davon ausgegangen werden, daß alle Patienten relativ einheitlich nach dem damals gebräuchlichen Diagnoseschema beurteilt wurden, das im wesentlichen der ICD entspricht.

Von W. WEISE und W. BLANK wurde ein Erhebungsbogen erstellt für jeden Patienten, der sich in drei Teile gliedert:

1) Angaben zur Person
2) Angaben zur Herkunftsfamilie
3) Angaben zur eigenen Erkrankung

Die hier gesammelten Daten wurden sodann auf Lochkarten übertragen und konnten dem Computer zur Auswertung eingegeben werden.

Die Beschreibung im Detail findet sich in o.g. Dissertationen, doch möchte ich kurz das Vorgehen bei der Schichteinteilung darstellen.KLEINING und MOORE erarbeiteten über die Methode der sozialen Selbsteinstufung (SSE) von Befragtengruppen ein Meßinstrument für die soziale Einstufung, das im Gegensatz zu anderen Verfahren allein die Berufstätigkeit berücksichtigt. Frauen klassifizieren sich dabei nach dem Beruf des Ehemannes bzw. des Vaters, Jugendliche nach dem Beruf des Vaters. KLEINING und MOORE erhielten so neun Schichten, die wir zu insgesamt vier Schichten zusammenfaßten.

Die Klassifikation der depressiven Störungen nach dem ICD (8. Revision) ergab folgende Aufteilung:

Diagnosen nach dem ICD:

296,0 = Involutionsdepression
296,1 = Manie
296,2 = Endogene Depression (monopolare Verlaufsform)
296,3 = Endogene Depression (bipolare Verlaufsform)
295,7 = Schizoaffektive Mischpsychose
300,4 = Reaktive/neurotische Depression

110 Patienten wurden nach einem Suizidversuch in die Nervenklinik eingewiesen und waren nicht weiter diagnostiziert worden. Sie wurden unter die reaktiv/neurotischen Depressionen eingereiht.

Zum Vergleich des Patientenkollektivs mit einer Kontrollgruppe wurden die Daten eines Mikrozensus der baden-württembergischen Bevölkerung von 1967 herangezogen. Eine geschlechtsspezifische Schichteneinteilung der Wohnbevölkerung war aber nicht aufzufinden, so daß hier keine Vergleichsmöglichkeit besteht.

Die statistischen Berechnungen wurden nach dem x^2-Test und gegebenenfalls nach dem Verfahren von BONFERONI durchgeführt.

III. DARSTELLUNG DER EIGENEN ERGEBNISSE

1,A) Geschlechtsspezifische Häufigkeit der einzelnen Diagnosen (in absoluten Zahlen und in % von n = 1.206, der Gesamtzahl an Patienten)

Tab. 1,A)

	MÄNNER abs.Z.	%	FRAUEN abs.Z.	%
1) Involutionsdepr.	58	4,8	175	14,5
2) Manie	5	0,4	4	0,3
3) Endogene Depr., monopolare Form	90	7,5	183	19,2
4) Endogene Depr., zirkuläre Form	24	2,0	22	1,8
5) Mischpsychose	6	0,5	27	2,2
6) Reaktive Depr.	235	19,4	377	31,4
	418	34,6	788	65,4

Auswertbar waren alle 1.206 Krankengeschichten.

Die Tabelle zeigt, daß die Frauen innerhalb jeder diagnostischen Kategorie absolut stärker vertreten sind als die männlichen Patienten, ausgenommen die Manie und die zirkuläre Form der Depression. Das Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei den depressiven Störungen ist deutlicher ausgeprägt in der Gruppe der sog. endogenen Krankheiten (hier ist das Verhältnis Frauen : Männer gleich 2,4) als bei den reaktiven bzw. neurotischen Depressionen (Verhältnis Frauen : Männer gleich 1,6).

Die Ergebnisse sind signifikant auf der Ebene $p < 0,005$.

1,B) Anteil der männlichen und weiblichen Patienten an jeder diagnostischen Kategorie (in %)

Tab. 1,B)

	MÄNNER n = 418	FRAUEN n = 788
1) Involutionsdepr.	24,9	75,1
2) Manie	55,6	44,4
3) Endogene Depr., monopolare Form	32,7	67,3
4) Endogene Depr., zirkuläre Form	52,4	47,6
5) Mischpsychose	18,2	81,8
6) Reaktive Depr.	38,4	61,6

Die Tabelle macht noch einmal deutlich, welchen Anteil jedes Geschlecht an den einzelnen Diagnosen hat. Die Involutionsdepression und die Mischpsychose sind mit 75 % und 81 % vor allen anderen Störungen eine Erkrankung des weiblichen Geschlechts, aber auch die endogene Depression und die reaktiv/neurotische Form sind mit einem Anteil von 67 % und 61 % bei den Frauen doppelt so häufig diagnostiziert worden wie bei den Männern.

Die Ergebnisse sind mit $p < 0,005$ signifikant.

1,C) Geschlechtsspezifische Häufigkeit der einzelnen Diagnosen (in % des jeweiligen Geschlechts)

Tab. 1,C)

	MÄNNER n = 418	FRAUEN n = 788
1) Involutionsdepr.	13,6	22,2
2) Manie	1,2	0,5
3) Endogene Depr., monopolare Form	21,5	23,2
4) Endogene Depr., zirkuläre Form	5,7	2,7
5) Mischpsychose	1,4	3,4
6) Reaktive Depr.	56,7	35,1

Nachdem die Tabellen 1,A) und 1,B) demonstrierten, daß das weibliche Geschlecht generell stärker belastet ist, gibt nun die obige Tabelle die Verteilung der einzelnen Diagnosen innerhalb jeden Geschlechts wieder. Über die Hälfte aller depressiven Störungen bei den Männern wird als reaktive Depression klassifiziert, bei den Frauen nur etwa ein Drittel aller Krankheiten. Die Diagnose endogene Depression wird bei beiden Patientengruppen relativ gleich häufig gestellt, nämlich in 21 % bei den Männern, in 23 % bei den Frauen. Die involutive Depression hat einen Anteil von 13 % bei den männlichen Patienten und von 22 % bei den weiblichen Patienten.

2,A) Familienstand: Vergleich zwischen Männern und Frauen (in absoluten Zahlen und in %)

Tab. 2,A)

	MÄNNER n (abs.)	% aller M.	FRAUEN n	%
Verheiratet	291	69,8	454	57,6
Ledig	104	25,0	213	27,0
Verwitwet	6	1,4	100	12,7
Geschieden	16	3,8	21	2,7

Es konnten 1.205 Daten erhoben werden.

Die Tabelle demonstriert, daß in beiden Geschlechtern die Verheirateten den weitaus stärksten Anteil ausmachen, wobei innerhalb der männlichen Patientengruppe das Dominieren der Verheirateten über die Ledigen mit fast 70 % gegenüber 25 % deutlicher ausgeprägt ist als innerhalb der weiblichen Gruppe mit 57 % gegenüber ca. 27 % bei den Ledigen. Auffallend ist weiterhin der hohe Anteil von Verwitweten (12,7 %) bei den Frauen angesichts von nur 1,4 % bei den Männern. Die Unterschiede sind signifikant auf der Ebene $p < 0,005$.

2,B) Familienstand: Vergleich der männlichen und weiblichen Patienten, differenziert nach Altersgruppen
(in abs. Zahlen und in % jeder Altersgruppe)

Tab. 2,B)

a) männliche Patienten

ALTER	LEDIGE		VERHEIRATETE		VERWITWETE GESCHIEDENE	
	n	%	n	%	n	%
bis 19 Jahre	14	87,5	2	12,5	-	-
20 - 29 "	55	60,0	32	37,0	3	3,0
30 - 39 "	17	18,9	67	74,4	6	6,7
40 - 49 "	6	6,3	86	90,5	3	3,2
50 - 59 "	4	5,5	68	93,1	1	1,4
älter 60 "	2	6,2	23	71,9	7	21,9

b) weibliche Patienten

ALTER	LEDIGE		VERHEIRATETE		VERWITWETE GESCHIEDENE	
	n	%	n	%	n	%
bis 19 Jahre	33	80,0	8	20,0	-	-
20 - 29 "	83	50,7	75	45,7	6	3,6
30 - 39 "	26	16,6	120	76,4	11	7,0
40 - 49 "	23	13,9	112	67,9	30	18,2
50 - 59 "	19	12,4	98	63,6	37	24,0
älter 60 "	7	10,0	29	42,0	33	48,0

2,C) Familienstand: Geschlechtsspezifischer Vergleich von Patienten und Wohnbevölkerung, differenziert nach Altersgruppen (in % jeder Altersgruppe)

Tab. 2,C)

a) männliches Geschlecht

ALTER	LEDIGE		VERHEIRATETE		VERWITWETE GESCHIEDENE	
	Pat.	Bev.	Pat.	Bev.	Pat.	Bev.
15 - 19 Jahre	87,5	99,1	12,5	0,8	-	0,1
20 - 29 "	60,0	53,6	37,0	45,8	3,0	0,6
30 - 39 "	18,9	12,9	74,4	85,1	6,7	2,0
40 - 49 "	6,3	5,6	90,5	91,8	3,2	2,6
50 - 59 "	5,5	4,1	93,1	91,7	1,4	4,2
älter 60 "	6,2	4,3	71,9	80,3	21,9	15,4

B) weibliches Geschlecht

ALTER	LEDIGE		VERHEIRATETE		VERWITWETE GESCHIEDENE	
	Pat.	Bev.	Pat.	Bev.	Pat.	Bev.
15 - 19 Jahre	80,0	92,2	20,0	7,6	-	0,2
20 - 29 "	50,7	30,0	45,7	68,0	3,6	2,0
30 - 39 "	16,6	9,0	76,4	86,4	7,0	4,6
40 - 49 "	13,9	11,8	67,9	79,4	18,2	8,8
50 - 59 "	12,4	10,6	63,6	64,5	24,0	24,9
älter 60 "	10,0	12,7	42,0	39,0	48,0	48,3

Da der Altersausbau des Patientengutes nicht identisch ist mit dem der Wohnbevölkerung und andererseits der Familienstand altersabhängig ist, muß nach Altersgruppen aufgeschlüsselt werden, um die Patienten mit der Wohnbevölkerung hinsichtlich ihres Familienstandes vergleichen zu können.

Dann finden wir bei den männlichen Patienten einen Prozentsatz an Ledigen und Verheirateten, der in etwa dem der Wohnbevölkerung entspricht, ausgenommen das obere und untere Ende des Altersspektrums. Die Patienten unter 20 Jahren stellen einen Anteil von 12,5 % innerhalb der männlichen verheirateten Patientengruppe, während in der Allgemeinbevölkerung der Anteil der verheirateten Männer unter 20 Jahren gleich 0,8 ist. In der Altersgruppe der über 60jährigen und auffällig auch bei den 30 - 39jährigen ist der Prozentsatz von Verheirateten bei den Patienten niedriger als in der Kontrollgruppe (72 bzw. 74 % gegenüber 80 bzw. 85 %). Dafür ist gerade in diesen Altersgruppen der Anteil der Verwitweten bzw. Geschiedenen bei den Patienten sehr viel höher als in der Vergleichsgruppe, nämlich fast 7 % gegenüber 2 % bei den 30 - 39jährigen und 22 % gegenüber 15 % bei den über 60jährigen Männern. Der Unterschied ist in dieser Altersgruppe auf der Ebene $p < 0,005$ signifikant.

Die weiblichen Patienten hingegen weisen in allen Altersgruppen über 20 Jahren einen eindeutig geringeren Anteil von Verheirateten auf als die vergleichbaren Jahrgänge in der Wohnbevölkerung, nur bei den über 60jährigen ist er leicht erhöht. Eine Ausnahme bildet die jüngste Altersgruppe (das betrifft immerhin 41 Patientinnen bzw. 5 % aller Frauen), wo der Anteil der verheirateten Patientinnen mit 20 % größer ist als in der nämlichen Altersgruppe der Bevölkerung mit 7,6 %. Ledige Patientinnen finden sich in den Altersgruppen 20 bis 60 Jahre in weit höherem Maß als nach der Kontrollgruppe zu erwarten gewesen wäre. Die verwitweten bzw. geschiedenen Frauen sind beim Patientensample nicht nennenswert viel

stärker vertreten, außer in den Jahrgängen 40 - 49 Jahre. Hier sind in der Bevölkerung ca. 9 % verwitwet oder geschieden, in der weiblichen Patientengruppe 18 %.

Die Unterschiede sind in den Altersgruppen 20 bis 50 Jahre auf der Ebene $p < 0,05$ signifikant, bei den über 50jährigen Patientinnen nicht signifikant.

Stellt man die weibliche Patientengruppe der männlichen gegenüber, so findet man lediglich bei den jüngeren Jahrgängen (bis zu 30 Jahren), daß die verheirateten Frauen gegenüber den Männern überrepräsentiert sind (20 % bzw. 45 % gegenüber 12 % bzw. 37 %). Bei den 30 - 39jährigen ist das Verhältnis zwischen den Geschlechtern nahezu gleich, in den höheren Jahrgängen sind die Verheirateten stark unterrepräsentiert bei den Frauen (68 %, 63 % und 42 %, wo bei den Männern die entsprechenden Anteile 90 %, 93 % und 72 % betragen). Die Ledigen sind in den Jahrgängen über 40 Jahre bei den Frauen doppelt so stark vertreten (ca. 12 % gegenüber nur 6 % bei den Männern), noch größer aber ist die Differenz bei den Verwitweten und Geschiedenen, wo in der Gruppe der 40 - 49jährigen der Anteil innerhalb des weiblichen Geschlechts 18 % statt 3 % wie beim männlichen Geschlecht beträgt, bei den 50 - 59jährigen gar 24 % gegenüber 1 %, bei den über 60jährigen 48 % gegenüber 22 %.

Die Unterschiede sind signifikant auf der Ebene $p < 0,005$ bei den 40 - 60jährigen, auf der Ebene $p < 0,025$ bei den über 60jährigen, und sind nicht signifikant in den Altersgruppen 20 - 40 Jahre.

2,D) Familienstandsspezifische Verteilung der einzelnen Diagnosen bei den Frauen (in %)

Tab. 2,D)

	alle end. Formen n = 236	Reakt.Depr. n = 377	Involl.D. n = 172
Verheiratete (n = 454)	34,6	41,0	24,4
Ledige (n = 211)	21,3	69,7	9,0
Verwitwete (n = 100)	27,0	31,0	42,0
Geschiedene (n = 23)	30,5	56,5	13,0

Betrachtet man die Verteilung der einzelnen Diagnosen innerhalb jedes Familienstands, so zeigt sich, daß bei den Ledigen und Geschiedenen am häufigsten eine reaktive Depression diagnostiziert wurde (in 70 % bzw. 56 % der Fälle), bei den Verwitweten dagegen am seltensten (in 31 % der Einweisungen). Der Prozentsatz an endogenen Depressionen (einschließlich der Manien sowie der zirkulären und schizoaffektiven Formen) ist bei Verheirateten, Verwitweten und Geschiedenen etwa gleich hoch, bei den ledigen Patientinnen mit 21,3 % am niedrigsten. Die Diagnose Involutionsdepression wurde am häufigsten bei den Verwitweten gestellt (42 %), dann bei den Verheirateten mit 24 %, am seltensten bei den Geschiedenen (13 %) und bei den Ledigen (9 %).

2,E) Verteilung der einzelnen Diagnosen bei den weiblichen Patienten, differenziert nach Familienstand und drei Altersgruppen (in % jeder Diagnose)

		ALTERSGRUPPEN		
		16 - 29	30 - 49	50 und älter
1 = Involutionsdepr. n = 172	Ledige	-	2,3	8,6
	Verheiratete	-	12,6	50,9
	Geschiedene	-	-	1,7
	Verwitwete	-	2,9	21,1
2 = Manie n = 4	Ledige	25,0	-	25,0
	Verheiratete	-	25,0	25,0
3 = Endogene Depr., monopolare Form n = 182	Ledige	4,4	7,7	4,4
	Verheiratete	10,4	36,3	20,9
	Geschiedene	-	2,2	1,1
	Verwitwete	-	3,8	8,8
4 = Endogene Depr., zirkuläre Form n = 22	Ledige	13,6	4,5	4,5
	Verheiratete	4,5	40,9	22,7
	Geschiedene	-	4,5	-
	Verwitwete	-	-	4,5
5 = schiz.aff.Form n = 27	Ledige	3,7	14,8	11,1
	Verheiratete	3,7	33.3	22,2
	Verwitwete	-	7,4	3,7
6 = Reaktive Depr. n = 374	Ledige	28,3	9,4	1,3
	Verheiratete	9,4	30,2	9,9
	Geschiedene	0,3	1,3	1,9
	Verwitwete	-	2,7	5,3

Da sowohl Familienstand wie auch Diagnose eine Abhängigkeit vom Alter aufweisen, scheint es sinnvoll, diese Kontrollvariable noch in die Fragestellung einzubeziehen. Für die Involutionsdepression ergibt sich dann wie erwartet, daß der Häufigkeitsgipfel unabhängig vom Familienstand jenseits des 50. Lebensjahres liegt. Die endogene Depression, die am häufigsten bei den Verheirateten diagnostiziert wurde, hat ihren Häufigkeitsgipfel im Alter von 30 - 49 Jahren, auch bei den Ledigen, bei den Verwitweten hingegen ebenfalls erst ab dem 50. Lebensjahr. Die reaktive Depression wird bei den ledigen Patientinnen mit zunehmendem Alter seltener diagnostiziert. Ihr Anteil ist also bei den Ledigen in der Altersgruppe der Frauen bis 30 Jahre mit 28 % am höchsten, bei den Verheirateten hingegen in der mittleren Altersgruppe mit ca. 30 % am höchsten. Bei den übrigen depressiven Störungen besteht eher die Tendenz, in den mittleren und höheren Lebensaltern aufzutreten, ähnlich wie bei der endogenen und involutiven Form, und zwar über alle Kategorien von Familienstand hinweg. Bei den reaktiven hingegen, wie bereits erwähnt, besteht eine Neigung dazu, sie eher in jüngeren Jahren zu diagnostizieren.

3,A) Geschlechtsspezifischer Vergleich der Schichtzugehörigkeit der Patienten (in % je Geschlecht)

Tab. 3,A)

	männl. Pat. abs.Z.	%	weibl. Pat. abs.Z.	%
Oberschicht	132	31,5	154	21,3
O.Mittelschicht	84	20,2	199	27,5
U.Mittelschicht	89	21,3	197	27,2
Unterschicht	113	27,0	174	24,0

Es waren 1.142 Krankengeschichten auswertbar.

Aus der Tabelle ergibt sich, daß beim männlichen Geschlecht der Prozentsatz an Oberschichtangehörigen höher ist (31 %) als beim weiblichen Geschlecht (21 %). Mehr Frauen aus der Mittelschicht finden sich jedoch in der weiblichen Patientengruppe (ca. 27 %), als dies bei den Männern der Fall ist (ca. 20 %). Die Unterschicht hingegen ist wieder leicht überrepräsentiert bei den Männern mit 27 % gegenüber 24 % bei den Frauen. Die Unterschiede sind nach dem χ^2 - Test mit $p < 0,005$ signifikant. Das Verfahren nach BONFERONI ergibt jedoch, daß ein geschlechtsspezifisch signifikanter Unterschied in der Erkrankungshäufigkeit nur in den beiden oberen Schichten existiert. In den beiden unteren Schichten besteht zwischen männlichen und weiblichen Patienten kein signifikanter Unterschied in der Erkrankungshäufigkeit.

Da keine Differenzierung der Bevölkerungsschichten nach Geschlecht existiert, welche in der Methodik der von KLEINING und MOORE entspricht, muß die Betrachtung der Schichtzugehörigkeit auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede innerhalb der Patientengruppe beschränkt bleiben.

Einen Vergleich der Schichtzugehörigkeit zwischen der gesamten, nicht nach Geschlechtern getrennten Patientengruppe einerseits und einer Kontrollgruppe der baden-württembergischen Bevölkerung andererseits stellt W. BLANK in seiner bereits zitierten Arbeit her.

3,B) Schichtspezifische Verteilung der einzelnen Diagnosen bei den Frauen (in % jeder Schicht und in absol. Zahlen)

Tab. 3,B)

	alle end. D. n = 384		Reakt.Depr. n = 339	
	abs.Z.	%	abs.Z.	%
O. Schicht n = 154	87	56,5	67	43,5
O. Mittelschicht n = 199	101	50,8	98	49,2
U. Mittelschicht n = 196	111	56,6	85	43,4
U. Schicht n = 174	85	48,9	89	51,1

Einen Hinweis darauf, ob eine Beziehung besteht zwischen Schichtzugehörigkeit und Diagnose gibt diese Tabelle.

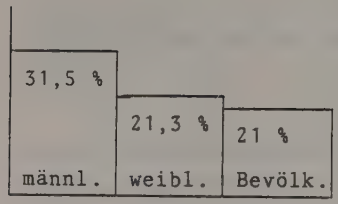
Die Oberschicht hat relativ den höchsten Anteil an Involutionsdepressionen mit ca. 28 % vor 25 % in der oberen Mittelschicht und jeweils 18 % in den beiden unteren Schichten.

Die obere Mittelschicht und ebenso die Unterschicht liegen mit ca. 50 % an reaktiven Depressionen über der Oberschicht und unteren Mittelschicht mit einem Anteil von je 43 %.

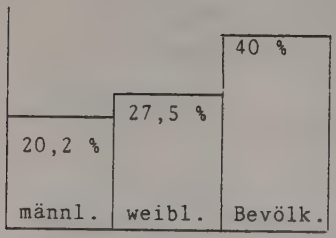
Die untere Mittelschicht ist stärker als alle anderen durch endogene Depressionen belastet, 31 % gegenüber 19 % in den oberen Schichten und 23 % in der Unterschicht.

Die Unterschiede zwischen den Schichten sind mit $p > 0,05$ % nicht signifikant nach dem x^2-Test und auch nicht nach dem Verfahren von BONFERONI.

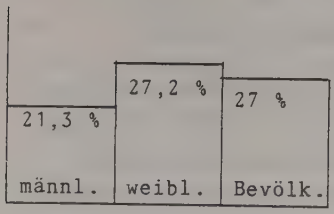
Schaubild 3) Schichtenverteilung der beiden Patientengruppen, verglichen mit der baden-württembergischen Bevölkerung (in % jeden Geschlechts)



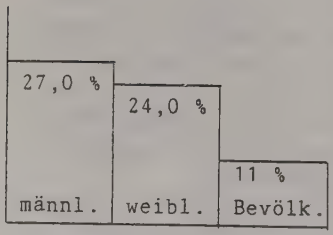
Oberschicht



Obere Mittelschicht



Untere Mittelschicht



Unterschicht

4,A) Häufigkeit von außerhäuslicher Erwerbstätigkeit und Hausfrauentätigkeit bei den weiblichen Patienten

Tab. 4,A)

Art der Tätigkeit	(n = 773)	%
Hausfrau	427	55,2
Berufstätige	253	32,9
in Ausbildung	43	5,5
im Ruhestand	46	5,9
Arbeitslose	4	0,5

Es konnten 773 Daten erhoben werden.

Die Tabelle zeigt, daß 55 % aller Patientinnen "Nur - Hausfrauen" waren, 33 % waren berufstätig, ca. 5 % waren noch in Ausbildung oder befanden sich bereits im Ruhestand, 0,5 % waren zur Zeit der Erhebung arbeitslos.

4,B) Vergleich von Familienstand und Berufstätigkeit zwischen Patientinnen und der weiblichen Bevölkerung Baden-Württembergs über 20 Jahre von 1967

Tab. 4,B)

	Patientinnen n	Patientinnen %	Bevölkerungsgruppe %
Hausfrauen	427	55,0	56,1
Erwerbstätige	253	32,0	30,6
erwerbstätig und verheiratet	108	13,7	26,7
Arbeitslose	4	0,5	0,2

Vergleichen wir diese Daten mit denen der Wohnbevölkerung Baden-Württembergs, die das Alter von 20 Jahren bereits überschritten hat, so können wir einen etwa gleich hohen Anteil von Hausfrauen in beiden Gruppen feststellen, ebenso unterscheidet sich der Anteil der Erwerbstätigen kaum. Doch ist eine beträchtliche Differenz vorhanden bezüglich der Zahl von Frauen, die verheiratet und gleichzeitig berufstätig sind: bei den Patientinnen sind das 13,7 %, bei der Kontrollgruppe über 26,7 %.

4,C) Tätigkeitsspezifische Verteilung der Diagnosen bei den Frauen (in %)

Tab. 4,C)

	alle end. Formen n = 183	Reakt. Depr. n = 377	Invol. Depr. n = 175
Hausfrauen n = 391	36,0	33,0	31,0
Berufstätige n = 302	24,9	61,5	13,6
in Ausbildung n = 29	17,2	82,8	-
im Ruhestand n = 45	22,2	31,1	46,7
Arbeitslose n = 4	50,0	50,0	-

Die Tabelle manifestiert die Verteilung der Diagnosen unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeit der Patientinnen. Der Anteil an reaktiven Depressionen ist bei den Berufstätigen mit 61 % und bei den noch in Ausbildung stehenden Patientinnen mit 83 % dem Alter entsprechend höher als der Anteil an endogenen Depressionen. Unter den Hausfrauen hingegen ist die Erkrankungshäufigkeit an endogenen, reaktiven und involutiven Störungen mit ca. 30 % gleich hoch. Frauem im Ruhestand haben, wie zu erwarten war, den höchsten Prozentsatz an Involutionsdepressionen (46 %). Die Gruppe der Arbeitslosen ist mit 4 Personen zu klein, um daraus irgendwelche Schlüsse ziehen zu können.

4,D) Erwerbstätigkeit der weiblichen Patienten, verglichen mit der weiblichen Bevölkerung Baden-Württembergs von 1967 (in abs. Zahlen und in % der Erwerbstätigen)

Tab. 4,D)

	PATIENTINNEN n	%	BEVÖLKERUNG %
Selbständige	19	5,7	7,2
Beamte	11	3,3	1,7
Angestellte	130	39,2	29,7
Arbeiter	140	42,2	40,1
im eigenen Betrieb mithelf. Hausfr.	32	9,6	21,3

4,E) Anteil der Erwerbs-, bzw. Hausfrauentätigkeit in den einzelnen Schichten unter Berücksichtigung des Familienstandes bei den berufstätigen Frauen (in abs. Zahlen und in % der weibl. Angehörigen jeder Schicht)

Tab. 4,E)

	HAUSFRAUEN		ERWERBSTÄTIGE					
			verh.		ledig		verw./gesch.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
O.Schicht	89	66,4	20	14,9	19	14,2	6	4,5
O.Mittelsch.	99	51,3	34	17,6	47	24,4	13	6,7
U.Mittelsch.	122	61,9	24	12,2	38	19,3	11	6,6
U.Schicht	81	47,4	30	17,5	43	25,1	17	10,0

Wie hoch der Anteil an Hausfrauen bzw. erwerbstätigen Frauen in den einzelnen Schichten ist, zeigt Tab. 4,E). Mit einem Prozentsatz von 66 % und 62 % sind die Hausfrauen in der Oberschicht und unteren Mittelschicht vertreten. In der oberen Mittelschicht bleibt etwa die Hälfte aller Frauen zu Hause, in der Unterschicht ist der Anteil an Hausfrauen mit ca. 46 % am niedrigsten.

Der Unterschied zwischen den Schichten bezüglich der Verteilung Hausfrauen : Erwerbstätige ist auf der Ebene $p < 0,001$ signifikant.

In der oberen Mittel- und der Unterschicht ist der Prozentsatz an Erwerbstätigen, die gleichzeitig verheiratet sind, mit ca. 17 % am höchsten. Gleiches trifft für die ledigen Erwerbstätigen in diesen Schichten zu, die mit ca. 24 % nahezu doppelt so häufig vertreten sind wie in der Oberschicht (12 %) und in der unteren Mittelschicht (19 %), und genauso finden sich mehr Verwitwete unter den Patientinnen der oberen Mittelschicht (5 %) und der Unterschicht (7 %) gegenüber 3 % in den beiden anderen Schichten.

Der Unterschied im Verhältnis verheirateter Erwerbstätiger zu ledigen und verwitweten Erwerbstätigen ist nicht signifikant zwischen den einzelnen Schichten.

Die Anzahl der geschiedenen Frauen ist zu klein, als daß darüber relevante Aussagen gemacht werden könnten.

5,A) Zahl der Kinder: Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht, differenziert nach drei Altersgruppen

Tab. 5,A)

KINDERZAHL	ALTERSGRUPPEN					
	0 - 29 Jahre		30 - 49 Jahre		50 J. u.älter	
	n	%	n	%	n	%
keine Kinder	102	15,9	76	11,8	55	8,6
1 Kind	23	3,6	60	9,3	57	8,8
2 Kinder	21	3,3	72	11,2	61	9,4
3 Kinder	2	0,3	33	5,1	32	5,0
4 Kinder	4	0,6	12	1,9	17	2,6
5 Kinder	1	0,2	4	0,6	3	0,5
6 Kinder	-	-	1	0,2	4	0,6
7 Kinder	-	-	-	-	3	0,5
Frauen mit Kindern	51	8,0	182	28,3	177	27,4

Von den Frauen ohne Kinder ist die Wahrscheinlichkeit bei der jüngsten Altersgruppe (bis 29 Jahre) am höchsten, an einer depressiven Störung zu erkranken. Das Erkrankungsrisiko scheint mit steigendem Alter abzunehmen, das Verhältnis der drei Altersgruppen bezüglich des prozentualen Anteils an allen Depressionen ist annähernd gleich 4:3:2. Von den Frauen mit Kindern hingegen ist die Altersgruppe bis 29 Jahre am geringsten betroffen, die mittlere und höhere Gruppe in fast gleichem Ausmaß, ca. 3,5 mal stärker als die jüngste.

5,B) Zahl der Kinder: Vergleich der weiblichen Patientengruppe mit der weiblichen Bevölkerung in Baden-Württemberg von 1967 (in %)

Tab. 5,B)

KINDERZAHL	PATIENTENGRUPPE n = 643	WEIBL. BEVÖLKERUNG n = 4,45 Mill.
keine Kinder	36,3	57,8
1 Kind	21,7	27,0
2 Kinder	23,9	11,3
3 Kinder	10,4	2,8
4 Kinder und mehr	7,7	1,1
Frauen mit Kindern insg.	63,7	42,2

Vergleicht man die weibliche Patientengruppe mit der weiblichen Bevölkerung Baden-Württembergs, so findet man, daß die Frauen ohne Kinder unter den Patientinnen verhältnismäßig unterrepräsentiert sind, die Frauen mit Kindern dagegen im Patientengut mit einem Anteil vertreten sind, der höher liegt als erwartet. Dies trifft vor allem für die Frauen mit zwei und mehr Kindern zu.

6. Geschlechtsspezifische Häufigkeit an besonderen Ereignissen im Jahr vor der ersten Aufnahme (in % von 1.026, der Gesamtzahl an erhobenen Patienten)

Tab. 6

	FRAUEN n = 672		MÄNNER n = 354	
	n	%	n	%
keine	256	25,0	125	12,2
körperliche Krankheit	62	6,0	41	4,0
Verlust naher Angehöriger	51	5,0	7	0,7
Trennung vom Elternhaus	3	0,3	4	0,4
Partnerprobleme	138	13,4	53	5,0
Familienprobleme	114	11,1	37	3,6
berufliche Probleme	48	4,7	87	8,5

Es konnten insgesamt 1.026 Daten erhoben werden.

Zunächst fällt auf, daß Frauen nicht häufiger als Männer durch besondere Ereignisse im Jahr vor der ersten Aufnahme belastet waren, sondern entsprechend ihrem geschlechtsspezifischen Anteil am Gesamtkrankengut. Also wurden bei den weiblichen Patienten doppelt so häufig keine besonderen Ereignisse in der Vorgeschichte festgestellt (25 %) wie bei den Männern (12 %).

Die Art der Ereignisse ist jedoch deutlich geschlechtsspezifisch verteilt. Der Prozentsatz derer, die unter einem Verlustereignis leiden, ist beim weiblichen Geschlecht mit 5 % bedeutend größer als beim männlichen Geschlecht mit 0,7 %, während Trennung vom Elternhaus wiederum ein Ereignis darstellt, das keine geschlechtsspezifische Verteilung aufweist. Bei den weiblichen Patienten dominieren offenkundig Probleme aus dem familiären Umkreis (Partnerprobleme 13 %, Familienprobleme 11 %), bei den männlichen Patienten

hingegen die beruflichen Schwierigkeiten (8 % gegenüber einem Anteil von nur 5 % bei den Frauen). Körperliche Krankheit stellt eine Belastung dar, die beim weiblichen Geschlecht nicht häufiger auftritt, als es dem Anteil am gesamten Patientengut entspricht (6 % bei den Frauen, 4 % bei den Männern).

Es besteht Signifikanz auf der Ebene $p < 0,005$.

IV. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND LITERATURVERGLEICH

1. Familienstand

In der Einleitung habe ich bereits darauf hingewiesen, daß sich die Aufmerksamkeit der psychologischen und soziologischen Forschung heute intensiver auf die traditionelle Rolle der Frau richtet und zu analysieren versucht, inwieweit diese in unserer heutigen Industriegesellschaft vermehrt krankheitsverursachende Momente in sich birgt. Einige der wenigen empirischen Arbeiten, die diese Hypothese testen wollen, konzentrieren sich auf die unterschiedlichen Erkrankungsraten von verheirateten und nicht verheirateten Frauen. Um die mögliche Bedeutung des raschen gesellschaftlichen Wandels für die psychische Situation der Frau zu veranschaulichen, zitiert GOVE (1972) eine Arbeit von ROSE und STUBS (1955), die bei 3 von 4 Studien aus der Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg eine niedrigere Rate von psychischen Störungen bei verheirateten Frauen fanden als bei verheirateten Männern. Dieses Verhältnis ist nach GOVEs Ergebnissen heute genau umgekehrt.

RADLOFF (1975) bestätigt in einer Gemeindestudie in Kansas City GOVEs Resultate speziell für depressive Erkrankungen. "Das überraschendste Ergebnis ist die gute psychische Gesundheit verheirateter Männer", so RADLOFF. Der Geschlechterunterschied blieb bestehen, auch bei Kontrolle von Alter, Bildung und Einkommen.

HAASE (1976) findet in seiner Studie über die behandelte Inzidenz von exomorpher und endomorpher Depression in der psychiatrischen Klinik in Düsseldorf, daß bei den Patienten beiderlei Geschlechts Verheiratete prozentual viel häufiger aufgenommen werden als Ledige. Unter den Ledigen seien die Frauen besonders betroffen.

MEILE u.Mitarbeiter (1976) überprüften GOVEs Hypothese an einer Stichprobe aus 4 Gemeinden im Mittelwesten der USA. Sie kritisierten an GOVE, daß er global die "Rolle der verheirateten Frau" verantwortlich mache für den höheren Anteil der verheirateten Patientinnen, verglichen mit dem eigenen Geschlecht, nämlich den ledigen Frauen, als auch mit dem anderen Geschlecht, den verheirateten Männern. Unter Einführung von Kontrollvariablen wie Schichtzugehörigkeit und Bildungsgrad zeigte sich dann ein differenzierteres Bild: Unterteilte man die weiblichen Patienten in zwei Gruppen, je nachdem, ob sie Hochschulreife hatten oder nicht, so war bei Frauen ohne Hochschulreife die Prävalenz psychischer Erkrankungen größer bei den Verheirateten als bei den Nichtverheirateten, bei Frauen mit Hochschulreife aber existierte kein Unterschied bezüglich des Familienstandes. Anders gesagt: Die Zunahme von psychischen Erkrankungen mit Abnahme der Bildung ist bei den verheirateten Frauen ausgeprägter (von 8 % auf 27 %) als bei den nichtverheirateten Frauen (von 6 % auf 11 %).

BROWN u.Mitarbeiter (1975) führten eine Gemeindestudie durch in einem Londoner Vorort und untersuchten die Interaktion folgender Faktoren: Familiengröße, Kinderzahl, Schichtzugehörigkeit und Familienstand. Es hatten verheiratete Frauen aus der Arbeiterschicht mit kleinen Kindern zu Hause die höchsten Depressionsraten. Eine interessante Überlegung der Autoren war, daß Schichtdifferenzen (Arbeiterfrauen wurden nach Auftreten eines belastenden Ereignisses fünfmal so häufig depressiv wie Mittelschichtfrauen) mit einer möglicherweise erhöhten Vulnerabilität der Frauen aus der Arbeiterschicht erklärt wurden. Sie identifizierten vier Faktoren, die diese Vulnerabilität bewirken sollen: fehlendes Vertrauensverhältnis zum Ehemann oder Freund, mangelnde Voll- oder Teilzeitbeschäftigung außer Haus, Verlust der Mutter in der Jugend, Vorhandensein von drei oder mehr kleinen Kindern zu Hause. BROWN stellte daher zur Diskussion, daß eine befriedigende Zweierbeziehung bzw. eine Tätigkeit außer Haus, die das Selbstwertgefühl steigert,

die ökonomischen Verhältnisse verbessert und die sozialen Kontakte vermehrt, möglicherweise einen protektiven Effekt gegen Depression habe angesichts des täglichen Lebensstreß.

Andere Ergebnisse wurden von folgenden Autoren erbracht: ANGST (1966) fand, daß unter den weiblichen Patienten mit einer endogenen Depression signifikant mehr Frauen ledig waren als der Allgemeinbevölkerung entspräche, dafür weniger Patientinnen verheiratet waren als zu erwarten gewesen wäre. Die Zahl der Verwitweten und Geschiedenen entsprach dagegen der in der Bevölkerung. Bei den männlichen Patienten zeigte sich über alle Formen von Zivilstand hinweg ein der Kontrollgruppe entsprechendes Bild.

NATHANSON (1975) zitiert RIVKIN als bedeutendste Antithese zu GOVE. Letztere schließt aus Daten der WHO (1968 - 1969), daß unter verheirateten Frauen die Morbidität niedriger ist als unter alleinstehenden Frauen. Sie führt diesen Unterschied auf den sozialen Kontext zurück, in dem die Ehefrau und Mutter lebt, und welcher hohe Anforderungen an sie stellt, die kaum ein Ausweichen in die Krankenrolle gestatten.

ADELSTEIN und DOWNHAM (1968) führten zwischen 1959 und 1963 ein Verzeichnis über die behandelte Inzidenz aller erwachsenen Patienten in Ilford, England, die in irgendeine Form von psychiatrischer Behandlung kamen. Dabei fanden sie über alle psychiatrischen Diagnosen hinweg wie auch speziell für die Diagnose "depressive Psychose", daß die verheirateten Personen beiden Geschlechts die niedrigste Erkrankungsrate hatten unter allen Kategorien von Familienstand. Dieser Unterschied blieb auch bestehen, wenn die Patienten nach drei Altersgruppen zusammengefaßt und verglichen wurden. Lediglich in der Altersgruppe der über 60jährigen hätten verheiratete Frauen eine höhere Rate an depressiven Störungen als ledige Frauen. Auffallend bei ADELSTEIN und DOWNHAM war die sehr hohe Erkrankungsrate der alleinstehenden Männer im Alter von 40 bis 50 Jahren, die etwa genauso viele Fälle aufweist wie die entsprechende weibliche Personengruppe.

GOVEs Hypothese, daß verheiratete Frauen höhere Raten an psychischer Krankheit haben als verheiratete Männer, ließ sich in der vorliegenden Arbeit für depressive Erkrankungen nicht bestätigen. Ebensowenig ist hier die Rate der ledigen Männer höher als die der ledigen Frauen. Bei 12 der insgesamt 17 Studien, die er untereinander vergleicht, ist die Variable "Familienstand" altersstandardisiert, so daß seiner Meinung nach die Geschlechtsdifferenzen kaum auf Altersunterschiede zurückgeführt werden könnten. Auch in meiner Untersuchung bleibt das Überwiegen der verheirateten Männer gegenüber den Frauen nach Kontrolle des Alters bestehen, ausgenommen die jüngeren Altersgruppen. Doch fällt dies um so weniger ins Gewicht, als die Depression vorwiegend eine Krankheit mittleren und höheren Alters ist.

In GOVEs Arbeit wird der Familienstand der Bevölkerung nicht zum Vergleich herangezogen, somit kann an dieser nicht beurteilt werden, inwiefern die Geschlechtsverteilung die Verhältnisse in der Wohnbevölkerung widerspiegelt. Würde man nämlich einfach die verheirateten männlichen Patienten den verheirateten weiblichen Patienten gegenüberstellen, so wäre bei uns ein Geschlechterunterschied festzustellen, jedoch im umgekehrten Sinn wie bei GOVE: Hier überwiegen nämlich in den Jahrgängen, in denen sich die Krankheit am häufigsten manifestiert, ab 40 Jahren, die Männer unter den Verheirateten. Zieht man jedoch die Wohnbevölkerung als Kontrollgruppe hinzu, so zeigt sich: In den Jahrgängen über vierzig Jahren sind auch in der Wohnbevölkerung bedeutend mehr Männer verheiratet als Frauen.

Dieser demographischen Verteilung können verschiedene Ursachen zugrunde liegen: zum einen ist die Anzahl verheirateter Frauen in den jüngeren Jahrgängen dafür größer als bei den Männern, was mit dem früheren Heiratsalter des weiblichen Geschlechts zu erklären ist, zum andern ist aufgrund der niedrigeren Lebenserwartung der Männer bei den Frauen im höheren Alter bereits ein größerer Prozentsatz verwitwet, was auch die Zahlen bei den Verwitweten demonstrieren. Es

scheint also auf jeden Fall angebracht, die Patientengruppe mit der entsprechenden Bevölkerungseinheit zu vergleichen statt lediglich mit der gegengeschlechtlichen Patientengruppe. Dann geht es in erster Linie darum zu analysieren, welches die Ursachen sind für Abweichungen von der zu erwartenden Verteilung.

Bemerkenswert ist jedoch, daß in den mittleren Jahrgängen (20 - 40 bei den Männern und 20 - 50 bei den Frauen) die Verheirateten in der Patientengruppe unterrepräsentiert sind im Vergleich zur gesunden Bevölkerung. Im Gegensatz zu GOVE läßt sich konstatieren, daß die Ehe für einen Großteil der Frauen eher einen gewissen Schutz darstellt denn eine Benachteiligung, da in den gleichen Jahrgängen von den ledigen Frauen mehr an einer depressiven Störung erkranken als nach der Kontrollgruppe zu erwarten wäre. Diese Verschiebungen sind bei den Patientinnen ausgeprägter als bei den männlichen Patienten. GOVEs Erklärungsansatz, der global die traditionelle Rolle der Frau für ihre höhere Erkrankungsrate an psychischen Störungen verantwortlich machen will, ihren Status als soziale Diskriminierung beschreibt, der in seinen negativen Aspekten auch durch zusätzliche Berufstätigkeit keineswegs ausgeglichen werde, erscheint in folgenden Punkten problematisch:

1) Er läßt den subjektiven Faktor außer acht. Das will sagen, daß nicht alle Frauen in gleicher Weise die Ausübung der Ehefrau- und Mutterrolle als völlige Einschränkung ihrer Möglichkeiten erfahren, die ihren eigenen Lebenserwartungen gänzlich zuwiderläuft.
   Untersuchungen haben ergeben, daß Frauen familienorientiert bleiben, auch wenn sie berufstätig sind: 55 % der westdeutschen Frauen, ob sie nun berufstätig sind oder nicht, identifizieren sich mit der Hausfrau- und Mutterrolle, während 33 % sich als berufs- und leistugnsbezogen erleben (PROKOP, 1977).
   Was die Einstellung zum Beruf angeht, so lassen sich laut PROSS-Studie bei den befragten Arbeitnehmerinnen schicht-

spezifische Unterschiede feststellen: bei den Arbeiterinnen würden 41 % ein Leben als Hausfrau vorziehen, 40 % sind für Erwerbstätigkeit. Von den Angestellten dagegen sprachen sich 13 % für Hausarbeit und 81 % für Erwerbstätigkeit aus.
Die Ursache für diese Differenz dürfte vor allem in der unterschiedlichen Arbeit liegen, die für Unterschichtfrauen bei der allgemein bestehenden Unterprivilegierung, den fehlenden Aufstiegschancen noch weniger Attraktivität besitzt als für Mittelschichtfrauen.
Andererseits empfindet ca. ein Drittel der verheirateten Hausfrauen in der BRD die Hausarbeit als ganz unbefriedigend, für 35 % ist sie einigermaßen, nur für 23 % ist sie sehr befriedigend (zit. nach PROKOP, S. 85). Die Frauen sind also, wie weitere empirische Studien belegen könnten, in ihrer Meinung sowohl über die Berufsrolle wie über die Hausfrauenrolle sehr ambivalent und wollen sich weder mit der einen nocht mit der anderen eigentlich identifizieren. "Während der letzten Generation etwa hat sich die Unzufriedenheit der Frau interessanterweise verlagert. Viel von dem Neid der Frau gegenüber dem Mann hat jetzt die Richtung gewechselt und ist zum Neid einer Gruppe von Frauen gegen eine andere geworden: die berufstätige Frau mißgönnt der Hausfrau die Freiheit, ihre Arbeit zu tun, wann und wie sie will ..., die Hausfrau dagegen beneidet die berufstätige Frau wegen ihrer finanziellen Unabhängigkeit, wegen der größeren Vielfältigkeit ihrer gesellschaftlichen Kontakte und wegen ihrer Zielstrebigkeit ...," (MYRDAL, KLEIN, 1956).
Dabei bleiben Haushalt und Familie ..."ein Bereich, auf den sich die Frauen durchaus wegen bestimmter Vorteile zurückziehen (wobei dieser Rückzug zugleich repressiv ist und die Probleme nicht löst) ..." (PROKOP, S. 83).

2) Es ist sicherlich je nach Schicht, Bildungsgrad und Sozialisation unterschiedlich, welche Erwartungen Frauen in bezug auf ihre berufliche Zukunft haben, und wie groß die Kluft sein wird zwischen ihren Ansprüchen und den real ge-

gebenen, von der Gesellschaft zugestandenen Möglichkeiten.
Gemeindestudien weisen auf einen möglichen Zusammenhang hin zwischen Depression und einem inadäquaten Verhältnis von persönlichen Vorstellungen zu den vorhandenen Verwirklichungschancen (KINSKY, 1969). Die Tatsache, daß z.B. die realen Möglichkeiten gering sind, bietet allein noch keine hinreichende Erklärung für eine hohe Rate an depressiven Störungen, wenn nicht auch die Höhe der Erwartungen berücksichtigt wird. Können diese nämlich auch nicht annähernd erfüllt werden, und sei es aus strukturell bedingten Gründen, so werde dies häufig als persönliche Fehlleistung gewertet, mindere in der Folge das Selbstwertgefühl und vergrößere die Wahrscheinlichkeit einer Depression, so die Folgerung des Autors.
KINSKYs Hypothese vermag insofern zur Erklärung der höheren Depressionsanfälligkeit des weiblichen Geschlechts beizutragen, als seit Beginn der Industrialisierung ein realer Trend besteht, die Frau rechtlich und sozial dem Mann gleichzustellen, die "weiblichen Defizite in Beruf und Politik abzubauen". Doch entgegen der gesetzlich verankerten Gleichberechtigung existieren weiterhin objektive Benachteiligungen in Ausbildung, Berufschancen, Verdienst sowie Überlastung durch die Hausarbeit und Kindererziehung, die meist zu Lasten der Frau gehen, auch wenn sie berufstätig ist. Ambitiöse Frauen stoßen also bald an ihre Grenzen, wenn sie z.B. eine ähnliche berufliche Laufbahn anstreben wie ihre männlichen Kollegen. Angesichts der Betonung der gleichen weiblichen Chancen kann dies Anlaß sein, sich unfähig, minderwertig und leistungsschwach zu fühlen, abgesehen davon, daß auch ein reales Hinterherhinken der weiblichen Voraussetzungen für bestimmte Berufe besteht aufgrund der vorangegangenen geschlechtsspezifischen Erziehung, die Frauen mehr auf "typisch weibliche Berufe" ausrichtet. Es mag sich aber auch bei einem Großteil der Frauen Unzufriedenheit und Frustration angesichts der Realtität des Berufslebens einstellen,

die ihrem "Wesen", ihren weiblichen Verhaltensweisen zuwiderlaufen muß. "Die Identität der zufriedenen, leistungsfähigen Berufstätigen, die so rational kalkulieren und konkurrieren kann wie nur je ein Mann, wird als Enttäuschung erlebt ..." (PROKOP, S. 12)

Die wider Erwarten hohe Erkrankungsrate lediger Frauen wird verständlich durch die bereits oben erwähnte Tatsache, daß Frauen auch heute noch den Beruf meist als Übergangsphase zwischen Elternhaus und der Gründung einer eigenen Familie betrachten. Eine entsprechende Identifikation mit dem Beruf findet nicht immer statt, Ausfluß der stark an der traditionellen Rollenauffassung orientierten Erziehung.

In der Psychoanalyse wird für die Entstehung einer Depression u.a. das Vorliegen eines Verlustereignisses verantwortlich gemacht, sei es reell gegeben oder symbolischer Art. Dieser Erklärungsansatz ist meiner Meinung nach insofern auf ledige Frauen anwendbar, als ihre Situation als alleinstehende Frau sie zwingt, sich von einem traditionellen Bild, einem Selbstbild zu trennen, das in einem über Jahre dauernden Prozeß angeeignet und verinnerlicht wurde. Nach BECKER (in N. HOFMANN, 1976) kann außer objektiven Verlusten ein Verlustgefühl auch daraus resultieren, daß unrealistisch hohe Ziele angestrebt wurden. Dies könnte durchaus für Frauen mit körperlichen oder äußerlichen Mängeln oder mit bestimmten Charaktereigenschaften zutreffen und zu einer Art Selektion führen. Die gesellschaftliche Diskriminierung, die alleinstehende Frauen trifft, mag das ihrige hinzufügen zu den bestehenden Minderwertigkeitsgefühlen, keine "vollwertige Frau" zu sein. Somit trifft zumindest teilweise BECKERs weitere Ausführung zu, daß das Anspruchsniveau weniger auf einer besonders hohen eigenen Motivation beruhe, sondern auf Abhängigkeit von der Umgebung, von deren Wertnormen, die, wenn sie erreicht würden, eine soziale Verstärkung zur Folge hätten. Aber natürlich existiert dieses traditionelle weibliche Leitbild auch subjektiv bei jeder Frau ebenso, wie es in der Gesellschaft vorhanden ist.

2. Schichtzugehörigkeit

Es gibt auch zu diesem Punkt kaum Arbeiten, die nach Geschlecht differenzieren. Zur Frage der Beziehung zwischen sozialer Schicht und Depression, unabhängig vom Geschlecht, möchte ich auf die bereits erwähnte Arbeit von W. BLANK (1980) hinweisen, der auch einen Überblick über die Literatur zu diesem Thema gibt.

BROWN und HARRIS (1975) stellten an einer Bevölkerungsstichprobe von 220 Frauen fest, daß 25 % der Frauen aus der Arbeiterschicht und nur 5 % der Frauen aus der Mittelschicht an depressiven Symptomen litten, wobei besonders Frauen mit Kindern unter 6 Jahren zu Hause stark belastet schienen (42 % in der Unterschicht, 5 % in der Mittelschicht). BROWN u.Mitarbeiter suchten Faktoren für die größere Vulnerabilität der Unterschichtfrauen ausfindig zu machen, denn auch wenn bei Frauen beider Schichten ein belastendes Ereignis vorausgegangen war, so wurden in der Mittelschicht nur 6 % der Frauen krank, in der Unterschicht aber 39 %. Folgende Faktoren spielen nach seiner Meinung eine aggravierende Rolle: mangelndes Vertrauensverhältnis zum Ehemann oder Freund, Verlust der Mutter oder Scheidung der Eltern vor dem 11. Lebensjahr, drei oder mehr im Haus lebende Kinder unter 14 Jahren, fehlende Berufstätigkeit.

RADLOFF (1975) kommt zu dem Ergebnis, daß Depression nicht die Krankheit der oberen Schichten sei, sondern über alle Schichten hinweg seien es vor allem Frauen mit niedriger Bildung und geringem Einkommen, die depressiv würden.

HAASE (1976) fand Arbeiterinnen prozentual seltener vertreten als Angestellte, wenn man den Anteil jeder Berufsgruppe an der Wohnbevölkerung berücksichtigt. Bei Arbeiterinnen war das prozentuale Verhältnis 1:6,8, bei den weiblichen Angestellten 1:2,5.

ODEGAARD (1966) untersuchte die psychische Gesundheit von 12.843 Hochschulabgängern in Norwegen und machte unter ihnen

350 aus, die in den darauffolgenden 40 Jahren als psychisch krank diagnostiziert wurden. Die Erkrankungsraten für reaktive Depression waren etwa so hoch, wie nach der Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung zu erwarten gewesen wäre. Die Raten für manisch-depressive Psychosen lagen jedoch beträchtlich über den erwarteten Raten, wobei die Frauen dreimal so häufig erkrankten wie erwartet.

BAGLEY (1973) gab einen Überblick über die vorhandene Literatur zum Thema Depression und soziale Schicht. Insgesamt ließ sich daraus entnehmen, daß zwischen einer bestimmten Kategorie von Depression, nämlich der manisch-depressiven Form und den oberen Schichten, eine Beziehung besteht. Dieser Zustand scheint über einige Kulturen und verschiedene Zeitepochen des gegenwärtigen Jahrhunderts hinweg konstant zu sein.

Für meine Arbeit trifft die in der Literatur beschriebene Tendenz des Vorkommens von Depression vor allem in den höheren Schichten nur eingeschränkt zu.Bei den Männern ist die Erkrankungsrate in der obersten Schicht in der Tat am höchsten mit 31 %, doch liegt auch die Zahl von depressiven Störungen in der Unterschicht mit 27 % höher als in den beiden mittleren Schichten, so daß man von einem Ansteigen zu den höheren Schichten hin nicht sprechen kann. (Ein signifikanter Unterschied in der Erkrankungshäufigkeit ergab sich nach BONFERONI auch nur zwischen der Oberschicht und der oberen Mittelschicht.) Beim weiblichen Geschlecht hingegen ist die niedrigste Erkrankungsrate überhaupt die der Oberschicht, die beiden mittleren Schichten haben höhere Prozentzahlen als die unterste Schicht (hier sind die Unterschiede jedoch nicht signifikant). Das Bild, das sich beim männlichen Geschlecht präsentiert, wurde in der Literatur beschrieben durch verschiedene Autoren.

BROOKE (1959) fand ein Überwiegen von depressiven Patienten in den höchsten und niedersten sozialen Schichten, allerdings ohne nach der Klasse der Depression unterschieden zu haben.

BIRTCHNELL (1971) untersuchte die soziale Schicht sowohl von Patienten als auch von ihren Eltern. Ähnliche Daten wurden

von gesunden Kontrollpersonen erhoben. Bei den Patienten war ein Trend festzustellen, im Vergleich zu den Kontrollen, nämlich von Schicht I, II und III in Schicht IV und V abgestiegen zu sein. Die Eltern der depressiven Patienten zeigten keine signifikant unterschiedliche Schichtverteilung von derjenigen der Eltern der Kontrollsubjekte. Dies weist auf die Möglichkeit hin, daß unter der Gruppe der depressiven Patienten sowohl eine Auf- wie eine Abwärtsbewegung erfolgt ist, da sie ein Überwiegen in Schicht I, II, IV und V zeigten und eine relative Lücke in Schicht III. Der Autor stellt die Hypothese auf, daß die nach oben mobilen Patienten diejenigen mit manisch-depressiver Psychose sind (der Krankheit, bei der Charakterzüge typisch sein sollen, die mit beruflichem Vorwärtsstreben verbunden sind und Erfolgsdenken).

Im folgenden sei noch einmal BAGLEY zitiert, der die fast allgemein herrschende Übereinstimmung darin, daß depressive Störungen vor allem in den oberen Schichten vorkommen, in Zweifel zieht und mögliche Verfälschungen aufzuspüren sucht:

1) sei es möglich, daß die Prävalenz in allen Klassen ähnlich sei, daß aber die Patienten aus den unteren Schichten ihre Symptome auf eine Art und Weise präsentieren, z.B. als somatische Symptome, die von Psychiatern nicht so leicht erkannt würden wie z.B. psychische Symptome (SCHWAB, 1967; SCHWAB et al., 1966).
   - oder erkrankte Patienten aus der Unterschicht stellen sich selbst nicht so häufig den psychiatrischen Institutionen vor. (Dies wurde auch schon diskutiert unter dem Aspekt, daß Depression, anders als Schizophrenie, zwar ein Leiden sei, aber nicht unbedingt Arbeitsunfähigkeit erzeuge, im Gegenteil seien die Betroffenen oft die gewissenhaftesten und geschätzte Mitarbeiter.)

2) Die Persönlichkeitsfaktoren, die dem Ausbruch einer depressiven Störung zugrunde lägen, könnten gleichzeitig das Individuum dazu führen, daß es sozial aufsteigt (HIMMELWEIT, 1947).

3) Faktoren, die mit hohem sozio-ökonomischen Status verbunden seien (Streß z.B.), könnten auch zu Depression führen (KINSKY, 1969).

Die Erklärungsansätze von BAGLEY in Hinsicht auf die Schichtzugehörigkeit lassen sich nicht ohne weiteres auf das weibliche Geschlecht übertragen. Zum einen spielt die Erwerbstätigkeit für Frauen nicht die Rolle wie für das männliche Geschlecht, quantitativ nicht (nur ca. 30,6 % der Frauen waren 1972 berufstätig) und auch von der Bedeutung des Berufs her nicht, die er für die Identitätsfindung der Frau spielt. Dieser Prozeß mag im Fortschreiten sein, daß die Selbstdefinition der Frau weitgehend über den Beruf erfolgt, da im Zuge der Industrialisierung die Rolle der Ehefrau und Mutter immer eintöniger und restriktiver wurde sowie ihre Rolle innerhalb der Gemeinschaft und im sozialen Leben immer mehr reduziert wurde. (Die Bedeutung dieser weiblichen Rollenbeschneidung macht HAAVIO-MANILA, 1976, übrigens für die Differenz in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in den Ländern Schweden und Finnland verantwortlich.)

Andererseits ist die Zuordnung des weiblichen Geschlechts zu einer bestimmten Schicht nicht abhängig von ihrer eigenen beruflichen Rangordnung, sondern sie erfolgt gemäß dem Beruf des Ehemanns oder Vaters, so daß schwerlich argumentiert werden kann, daß die gleichen Eigenschaften, die zu Depression prädisponieren, diejenigen sind, die die Frau zum sozialen Aufsteiger werden lassen.

Doch was die Persönlichkeitsfaktoren angeht, die angeblich besonders häufig bei Depressiven zu finden sein sollen, und dies unabhängig vom Geschlecht (nämlich Genauigkeit, Arbeitseifer, Ordnungsliebe, Überbereitschaft, sich für andere einzusetzen ...), so sind dies Eigenschaften, die schon früh den Mädchen anerzogen werden, um sie auf ihre spätere Rolle als ordentliche Hausfrau und fürsorgliche Mutter, die ständig auf die Bedürfnisse der Familie eingehen soll, vorzubereiten. Im Sinne von LINTON (zit. nach BART, 1974) könnte man sagen, daß bestimmte Rollen von der Gesellschaft vorge-

geben und als Teil des Sozialisationsprozesses gelernt werden. Nun ist es aber möglich, daß gewisse Rollen strukturell Depression in sich tragen. Auch die Theorie von der gelernten Hilflosigkeit (SELIGMAN, 1974) deutet darauf hin, daß die weibliche Geschlechtsrolle durch bestimmte Verhaltensweisen gekennzeichnet ist, die gleichzeitig sehr häufig bei depressiven Störungen vorhanden sind.

Ein Grund dafür, weshalb nun nicht jede Frau, die die traditionelle Rolle übernimmt, an einer depressiven Störung erkrankt, könnte auch der von BROWN eingebrachte Vulnerabilitätsfaktor sein. D.h., bestimmte Benachteiligungen wirken sich nicht notwendig negativ auf die psychische Gesundheit aus, außer es kommen Faktoren hinzu, die das Individuum anfälliger machen.

Nun ist aber die Geschlechtsrollensozialisation nicht unabhängig von der Schichtzugehörigkeit, d.h. die zum Sozialisationsziel "zukünftige Mutter und Ehefrau" gehörigen Persönlichkeitseigenschaften werden je nach gesellschaftlicher Stellung unterschiedlich vermittelt. So soll nach GOTTSCHALCH (1971) mit steigendem sozialen Status die unterschiedliche Behandlung beider Geschlechter abnehmen. so z.B. der übermäßige Schutz für Mädchen wie auch die direkte körperliche Bestrafung für Jungen. Die Erziehungsziele hingegen sind auch in der Mittelschicht unterschiedlich für die Geschlechter: Vom Sohn werden Verantwortungsbewußtsein, Eigeninitiative, gute Schulleistungen gefordert als Voraussetzung für eine gute Schul- und Berufslaufbahn. Das Mädchen dagegen wird weniger nach seinen Leistungen als nach den für eine spätere Heirat wichtigen Eigenschaften wie Attraktivität, Wohlerzogenheit, Freundlichkei u.ä. beurteilt. Während es dem Mädchen in der Mittelschicht jedoch auch erlaubt ist, Interesse für die Spielsache und Aktivitäten des anderen Geschlechts zu entwickeln, ist dies dem Mädchen der Arbeiterschicht kaum möglich.

"Die Beziehung zwischen Mutter und Tochter in der Unterschicht läßt dem Mädchen kaum die Möglichkeit, sich aus sei-

ner Abhängigkeit von der Mutter zu lösen, da diese ihre in Ehe und Beruf frustrierten Bedürfnisse durch eine starke Abhängigkeit der Kinder von ihrer Person zu kompensieren versucht ... Zudem dürften die aggressiven Handlungen des Vaters in der Familie eine Solidarisierung mit der Mutter fördern und somit eine stärkere Zuwendung zum Vater verhindern. Somit besteht in der Unterschicht die Tendenz, daß das Mädchen sich nicht aus seiner präödipalen Mutterbindung löst, stark abhängig bleibt und keine flexible Geschlechtsrollenidentität entwickeln kann, da die Bestätigung in ihrer weiblichen Rolle durch eine starke Vater-Beziehung fehlt. Die starre Einhaltung der traditionellen weiblichen Rollenerwartungen, Passivität und Dependenz dürften die Folge einer solchen Erziehung sein..." (GOTTSCHALCH, S. 140)

Ausgehend von der schichtspezifischen Sozialisation, die entscheidend ist für den Lebensentwurf der späteren Frau und die Erwartungen an ihre Zukunft prägt, läßt sich vermuten, daß die Unterschichtfrau stärker auf die traditionelle weibliche Rolle ausgerichtet ist. Ihre Orientierung in dieser Richtung wird bestärkt durch die unterprivilegierte und schwere Berufssituation, die auf sie wartet, so daß sie eher die Rolle der Hausfrau anstreben wird, eine Rolle, die aber möglicherweise aufgrund ihrer Beschaffenheit Depression in sich birgt, da sie laut GOVE (1972) von niedrigem Prestige und frustrierend ist und wegen ihrer mangelnden Strukturierung Zeit zum Grübeln läßt. Andere Faktoren, die hinzukommen mögen, sind nach BROWN (1975) die Familiengröße und die finanzielle Lage. Erschwerend für die Situation der Frau in den unteren Schichten wirkt sich ferner das häufiger vorhandene Fehlen von protektiven Faktoren aus, wie z.B. Vertrauensverhältnis zum Ehemann.

Zu untersuchen bleibt noch, welchen Einfluß die Schichtzugehörigkeit auf die einzelnen Diagnosen hat. Man sollte vermuten, daß die Schichtbelastung im Anteil der reaktiven Depressionen sich ausdrückt, da man nur ihnen eine gewisse Beeinflußbarkeit bezüglich der Genese zugesteht. Auch präsentiert SELIGMAN seine "learned helplessness" - Theorie in erster

Linie als Erklärungsansatz für reaktive Depressionen. Andererseits ist die Frage der Klassifikation nicht endgültig entschieden, d.h. es herrschen unterschiedliche Meinungen darüber, ob überhaupt und wenn. nach welchen Gesichtspunkten dann die Einteilung erfolgen soll.

Für die vorliegende Untersuchung ist festzustellen, daß in der Unterschicht die Erkrankung an reaktiven Depressionen am häufigsten ist und knapp über der Summe aller "endogenen" depressiven Störungen in dieser Schicht liegt. Dann folgt die obere Mittelschicht, schließlich die Oberschicht und die untere Mittelschicht in der Häufigkeit der reaktiven Depressionen.

Insgesamt ist jedoch der Unterschied zwischen den Schichten, was das Verhältnis reaktive Depression zu allen übrigen (endogenen) Formen angeht nach dem x^2-Test und nach BONFERONI nicht signifikant.

Es läßt sich der Einfluß der Variable Schichtzugehörigkeit sicher nicht rein unterscheiden von übrigen intervenierenden Faktoren wie Familienstand, Berufstätigkeit bzw. Geschlechterrolle als solche, da die letzteren wiederum durch die Schichtzugehörigkeit modifiziert werden.

3. Erwerbstätigkeit

Es gibt kaum Studien, die bei der epidemiologischen Erforschung der depressiven Störungen die Erwerbstätigkeit von Frauen berücksichtigen, ein Zeichen dafür, daß dem wenig Bedeutung beigemessen wird.

HAASE (1976) hatte unter seinen 418 depressiven Patientinnen 138 Berufstätige und 280 Hausfrauen, also ein Verhältnis von 1 : 2 etwa. HAASE stellt die Frage, ob Frauen wohl tatsächlich häufiger erkranken - oder ob sie es sich eher leisten können als die im Beruf stehenden Männer. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, daß Frauen zwar häufiger den Arzt konsultieren und einen höheren Medikamentenkonsum haben (MAZER,1974; PARRY et al., 1973), doch wird sich eine Frau, die kleine Kinder zu Hause hat, nur bei ernsten Erkrankungen die Zeit nehmen, sich einer Behandlung zu unterziehen.

DIETRICH (1961) untersuchte 145 Patientinnen. Von ihnen waren 82 verheiratete Hausfrauen, 28 nur waren außerhäuslich berufstätig, und zwar überwiegend in untergeordneten Positionen. DIETRICH ist der Meinung, Frauen in gehobenen selbständigen Positionen würden kaum depressiv. Anhand seines zahlenmäßig geringen Datenmaterials dürfte diese Aussage jedoch nicht zu belegen sein.

BART (1974) fand an einem Patientensample von 533 Frauen mittleren Alters (40 - 59 Jahre) mit der Diagnose einer funktionellen depressiven Psychose ihre Hypothese bestätigt, daß es vor allem solche Frauen sind, die die traditionelle weibliche Rolle übernehmen und schließlich bei Verlust dieser Rolle depressiv werden (Involutionsdepression). Sie konzentrierte sich auf die Untersuchung des Mutter-Rollen-Verlusts, der in erster Linie Frauen mittleren Alters betreffe, während der Verlust der Ehepartnerrolle in jedem Alter auftreten könne (Scheidung, Tod).

RADLOFF (1975) fand anhand einer Zufallsstichprobe von Probanden aus zwei verschiedenen Gemeinden, daß sowohl verheiratete Frauen wie berufstätige Frauen mehr depressive Sym-

ptome zeigten als berufstätige Männer, ferner daß mit dem Grad der Bildung das Ausmaß depressiver Störungen abnehme. Das letztere gelte auch für Hausfrauen.

Auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen einen ähnlichen Trend wie die bereits zitierten: Hausfrauen machen unter den weiblichen Patienten einen Anteil von 55 % aus gegenüber ca. 33 % Berufstätigen. Doch, wie der Vergleich mit der baden-württembergischen Bevölkerung zeigt, weicht die Patientengruppe hierin nicht von der Kontrollgruppe ab. Auffallend ist nur, daß die Frauen unter Doppelbelastung, Frauen also, die verheiratet und gleichzeitig berufstätig sind, im Patientengut um ca. 50 % unterrepräsentiert sind.

Bietet also Berufstätigkeit einen gewissen Schutz für Hausfrauen, nicht depressiv zu werden, indem eine außerhäusliche Tätigkeit Langeweile verhindert, das Selbstwertgefühl anhebt, die ökonomischen Verhältnisse bessert und soziale Kontakte vermehrt ermöglicht, wie die Engländer BROWN und HARRIS (1975) annehmen?

Jedenfalls kann angenommen werden, daß das Vorhandensein dieser Faktoren allein nicht ausreicht, um eine depressive Erkrankung zu verhindern, da sonst nicht-verheiratete Berufstätige gegenüber den Nur-Hausfrauen ebenfalls eher unterrepräsentiert sein müßten, was für die vorliegende Untersuchung nicht zutrifft. Es liegt also der Schluß nahe, daß die Zukunftsorientierung des weiblichen Geschlechts auf Ehe und Familie, die, wie bereits erwähnt, bei der Mehrzahl der Frauen vorherrschend ist, nicht ausreichend kompensiert werden kann durch die Ausübung eines Berufs, wenn diese Erwartung sich nicht erfüllt hat.

Diese Hypothese widerspricht im übrigen nicht P. BART, die ja nicht die traditionelle Rollenorientierung als solche als depressionsfördernd hinstellt, sondern erst der V e r l u s t der Mutterrolle, vor allem wenn es sog. "overprotective mothers" waren, begünstigt das Auftreten einer depressiven Störung.

Interessant ist an dieser Stelle auch das Ergebnis, daß Hausfrauen, die im eigenen Betrieb mithelfen, nur in der Hälfte der Fälle, die eigentlich zu erwarten wären, an einer Depression erkranken. Die Situation dieser Frauen mag von der Arbeitsbelastung her zwar keineswegs vorteilhafter sein als bei Erwerbstätigkeit außer Haus, doch mag die Zerrissenheit zwischen Familie und Beruf nicht so stark und die beiden Bereiche vielleicht eher miteinander zu vereinbaren sein.

Angestellte, Arbeiterinnen und Beamtinnen dagegen sind, verglichen mit der weiblichen Bevölkerung Baden-Württembergs, stärker benachteiligt als im eigenen Betrieb mithelfende Hausfrauen. Der Anteil der Patientinnen ist etwas erhöht bei den Arbeiterinnen und Beamtinnen, stark erhöht aber bei den Angestellten. Die Ursachen der psychischen Belastung von außerhäuslich erwerbstätigen Frauen sind im allgemeinen bekannt wie z.B. Verunsicherung durch die öffentlichen Diskussionen um das Für und Wider der Erwerbstätigkeit von Müttern, die eher dazu tendieren, die negativen Auswirkungen auf das Kind zu thematisieren. Andererseits sind die Ängste und Schuldgefühle, die dadurch bei berufstätigen Müttern hervorgerufen werden, auch nicht völlig gegenstandslos, wenn man die reale Situation betrachtet, in der viele von ihnen stehen (Fehlen von adäquaten Betreuungseinrichtungen ...). Ein weiterer Punkt, der die außerhäusliche Berufstätigkeit zum Problem machen kann, ist die Einstellung des Ehemanns zur Erwerbstätigkeit der Frau. Auch hier scheinen die Frauen von Selbständigen laut E. PFEIL (zit. nach MENSCHIK, S. 143) eher auf Zustimmung zu treffen als z.B. Arbeiter- und Angestelltenfrauen.

Es wäre sicher von Nutzen, durch gezielte empirische Untersuchungen weiter die Frage zu verfolgen, ob überhaupt durch eine geglückte Verbindung der beiden Bereiche Beruf und Familie die Depressionsrate bei Frauen gesenkt werden kann und welcher Art eine solche Verbindung sein kann (z.B. Teilzeit-

arbeit für den Vater wie die Mutter).

Obwohl Tab. 4,B manifestiert, daß Hausfrauen nicht überrepräsentiert sind verglichen mit der Kontrollgruppe, stellte sich für mich dennoch die Frage, ob die Hausfrauensituation nicht schichtspezifische Besonderheiten aufweist. Und in der Tat stellte sich heraus, daß in der Oberschicht der Anteil der erkrankten Hausfrauen mit 66 % weitaus höher liegt als in der Unterschicht, wo der Prozentsatz an erkrankten Hausfrauen 47 % beträgt, also fast 20 % darunter liegt. Die obere und untere Mittelschicht befinden sich mit 51 % und 62 % dazwischen. Da aber mangels Daten ein schichtspezifischer Vergleich mit der Wohnbevölkerung nicht gezogen werden kann, bleibt offen, ob diese Differenzen

a) Ausdruck der schichtspezifischen Verteilung in der Wohnbevölkerung sind, oder
b) das Hausfrauendasein in den einzelnen Schichten wirklich eine unterschiedliche psychische Belastung mit sich bringt.

Das entsprechend umgekehrte Bild zeigt sich bei den Erwerbstätigen, wobei allerdings die Schichtunterschiede bei den Verheirateten nicht so groß sind wie bei den Ledigen.

Einer Frau mit gehobener Ausbildung und entsprechenden Berufsidealen mag es härter ankommen, wenn sie aus familiären Gründen zu Hause bleiben und im Grunde niedrig qualifizierte Arbeiten verrichten muß,wie Putzen, Kochen usw., oder Langeweile hat, weil sie es sich finanziell leisten kann, Haushilfen anzustellen. Eine Frau hingegen, der lediglich die untersten Stufen der Berufshierarchie offenstehen, Berufe, die häufig verbunden sind mit Akkordarbeit, repetitiven Handgriffen, mag angesichts dieser Aussicht froh sein, wenn sie es sich finanziell leisten kann, nicht hinzuverdienen zu müssen. Untersuchungen haben ergeben (U. LEHR, 1969, zit. nach MENSCHIK, 1971), daß die Berufstätigkeit in der Tat für Frauen aus den verschiedenen Schichten andersartige Erwartungen, Bedeutungsgehalte impliziert. In der unteren Schicht dominierten Existenzerhaltung und not-

wendiger Zusatzverdienst, was bei der höheren Schicht fast völlig zurücktrat, wo der Beruf in erster Linie als Lebensaufgabe gesehen wurde, als Möglichkeit, etwas zu leisten, Anerkennung zu erfahren.

Die Befunde bei den berufstätigen Frauen sind schwer zu interpretieren. Erwerbstätig und ledig zu sein, bedeutet demnach für Frauen aus der Unterschicht ein größeres Risiko, an einer dperessiven Störung zu erkranken als für Frauen aus der Oberschicht. Bei ersteren kommt zu unbefriedigenden Berufssituationen noch die Diskriminierung als Unverheiratete hinzu, während für die Frau in gehobener Position das Fehlen von Familienbindungen und -pflichten nahezu Voraussetzung ist. Der Ausspruch "Eine Frau in gehobener Position muß männlicher sein als ein Mann" ist hier insofern erwähnenswert, als er den Sachverhalt ausdrückt, daß die "typisch" weiblichen Eigenschaften Passivität, Unterordnung, Ängstlichkeit, geringes Selbstwertgefühl, die gleichzeitig als charakteristische Verhaltensweisen von Depressiven gelten, bei diesen Frauen in der Regel durch Eigenschaften wie Sicherheit, Angstfreiheit, Dominanz ersetzt sind.

Eine andere Möglichkeit für die Frau, Intelligenz und weibliche Geschlechtsrolle konfliktlos zu vereinen, besteht darin, "sich auf Berufe zu konzentrieren, die als 'typisch weiblich' gelten, bezeichnenderweise aber finanziell und sozial nicht sehr hoch honoriert werden. Mit Literatur, schönen Künsten und 'menschlichen Problemen' kann sich die Frau beruflich auch ohne zu große Rollenkonflikte beschäftigen..." (MENSCHIK, S. 124).

BROWNs Hypothese, daß eine außerhäusliche Berufstätigkeit einen protektiven Faktor darstelle, der die Vulnerabilität gegenüber depressiven Erkrankungen zu mindern vermöge, kann ich aufgrund der eigenen Ergebnisse nur mit der Einschränkung zustimmen, daß es abhängig ist von der Art der Berufstätigkeit, ob sie Befriedigung und Ausgleich verschafft und auch abhängig von der Motivation ist, aus der heraus eine Frau eine Arbeit außer Haus annimmt. Demnach kann die Be-

rufstätigkeit eine zusätzliche Belastung darstellen, begründet aus rein ökonomischen Gründen, oder aber die zumindest teilweise Verwirklichung des Wunsches nach Selbständigkeit und Selbstverwirklichung in produktiver Arbeit.

Als letztes stellt sich die Frage noch, ob eine Beziehung besteht zwischen der Art der Tätigkeit und der Diagnose. Die wichtigste Feststellung ist zunächst, daß bei den Hausfrauen das Verhältnis zwischen reaktiver und endogener Depression gleich 33:67 oder 1:2 ist, bei den Berufstätigen hingegen fast genau umgekehrt, nämlich 2:1. Bei den sich noch in Ausbildung befindlichen Patientinnen ist der Anteil der reaktiven Depressionen noch höher, während bei den pensionierten Frauen ein ähnliches Bild existiert wie bei den Hausfrauen.

Generell sind verschiedene Erklärungsmöglichkeiten denkbar:

a) Die Verhältnisse bei den berufstätigen und den sich noch in Ausbildung befindlichen Frauen entsprechen der Altersverteilung der depressiven Erkrankung: die reaktive Depression ist vorwiegend eine Erkrankung jüngeren Alters, die endogene Depression tritt im höheren Alter auf.

b) Probleme, die die Erwerbstätigkeit mit sich bringt, sind im Gegensatz zur Belastung, die die Hausfrauensituation darstellt, eher verständlich zu machen, da sie dem eigenen Erfahrungsbereich der behandelnden, meist männlichen Ärzte entsprechen. Bei der Forschung nach auslösenden Faktoren kann ein subjektives Moment sicher nicht völlig ausgeschlossen werden, d.h. die Wertung von bestimmten Ereignissen oder auch Zuständen als belastend oder nicht ist geprägt durch den eigenen Erfahrungshorizont, die eigene Orientierung, die sich bei Männern mehr auf berufliche Zusammenhänge konzentriert.

Besondere Ereignisse im Jahr vor der ersten Aufnahme

Auf die Schwierigkeit, die Bedeutung von vorausgehenden Lebensereignissen für den Ausbruch einer psychischen Störung zu ermessen, möchte ich hier nicht näher eingehen, sondern auf KATSCHNIGs Arbeit "Sozialer Streß und psychische Erkrankung" (1980) verweisen.

Nach N. HOFMANN (1976) aber ist Voraussetzung überhaupt das Hinzuziehen einer Kontrollgruppe. In den verschiedenen Studien, die die Bedeutung von Lebensereignissen zum Objekt ihrer Forschung machten, wurden im großen und ganzen drei Arten von Kontrollgruppen zum Vergleich benutzt: klinische, aber nicht psychiatrische Patienten, andere psychiatrische Patienten (z.B. mit der Diagnose einer Schizophrenie) und gesunde Personen. In den meisten dieser Arbeiten herrscht Übereinstimmung dahingehend, daß vorausgegangene Verlustereignisse im Zusammenhang mit der Auslösung einer Depression stehen (FORREST et al., 1965; WINOKUR et al., 1972; PAYKEL, 1969). Über die Rolle von körperlichen Krankheiten, anderen sozialen Faktoren (Isolation, Arbeitsplatzverlust) gibt es unterschiedliche Auffassungen.

Die Mehrheit dieser Studien unterscheidet jedoch nicht geschlechtsspezifisch. Lediglich eine Arbeit (COLEMAN, MILLER, 1975) sucht herauszufinden, ob Geschlechtsunterschiede existieren bezüglich der Bedeutung, die Eheschwierigkeiten haben für die Entstehung einer Depression. Es wurden hier Ehepaare befragt, von denen ein Partner sich in ambulanter Behandlung befand. Dabei gelangte man zu folgenden Ergebnissen:

1) Es bestand bei allen eine signifikante Beziehung zwischen Eheschwierigkeiten und Depression.

2) Frauen fanden die ehelichen Probleme nicht größer als ihre Männer, machten für ihre Depression nicht unbedingt die Ehe verantwortlich.

3) Frauen wurden häufiger eingewiesen als Männer.

Die Ergebnisse meiner eigenen Arbeit weisen nicht auf eine stärkere Belastung der Frauen in dem Sinn hin, daß die Zahl von Ereignissen bei ihnen höher gewesen wäre im Jahr vor der Aufnahme. Doch ist die Art der Ereignisse geschlechtsspezifisch verteilt. Der Verlust naher Angehöriger, Partnerprobleme und Familienprobleme werden bei Frauen häufiger erwähnt, berufliche Probleme hingegen seltener, als es ihrem Anteil am Patientengut entspricht.

Die endogene Depression galt lange Zeit als "umweltstabile" Störung. In der Literatur stößt man auf große Diskrepanzen, wenn man sich einen Überblick verschaffen will, bei wievielen der von ihnen untersuchten Patienten die einzelnen Autoren einen psychischen oder somatischen Anlaß feststellen bzw. gelten lassen. Die Anzahl erkannter Anlässe schwankt zwischen 3 % und 80 % bei endogenen depressiven Phasen. HOFMANN(1976) nennt als bedeutendste Ursache dieser Differenzen die Art der Erhebung und Registrierung von auslösenden Ereignissen. "Wenn dabei die unterschiedlichen Häufigkeiten von Anlässen, die von den einzelnen Psychiatern 'gefunden' werden, zum erheblichen Teil auf ihre unterschiedlichen Befragungstechniken zurückzuführen sind, so sind diese wiederum mit Sicherheit von der theoretischen Grundeinstellung der einzelnen Autoren zum Problem der Umweltstabilität von endogenen Psychosen beeinflußt." (N. HOFMANN, S. 21) So anerkannte K. SCHNEIDER, der mit ca. 3 % die niedrigste Ziffer von psychisch ausgelösten Phasen aufweist und als besonders engagierter Vertreter des "Endogenitätskonzepts" gilt (MATUSSEK, 1965, S. 194), nur den Tod von Angehörigen und den Umzug als auslösende Anlässe. Manche Autoren wie PAULEIKHOFF (1971, S. 12) räumen den auslösenden Faktoren eine Wirkung in dem Sinn ein, daß die Phase "... ohne sie weder zu diesem Zeitpunkt, noch in diesem Zeitraum und möglicherweise sogar einmal im Leben überhaupt nicht aufgetreten wäre...". Aber so häufig auch die These vertreten wird, daß ein Ereignis wie mit einem Schlag ein konstitutionell bedingtes und vorprogram-

miertes Krankheitsgeschehen auslöst, so herrschen keine klaren Vorstellungen darüber, wie dieser Vorgang vor sich gehen soll.

Ausgehend von der Überlegung, daß die sozial benachteiligte Situation der Frau sich eigentlich in der Häufigkeit an reaktiven Depressionen niederschlagen sollte, andererseits diese Diagnose aber bei den selbst untersuchten Patientinnen im Verhältnis sehr viel seltener gestellt wurde relativ zu den männlichen Patienten, müßte meiner Meinung nach überprüft werden, inwiefern im gleichen Maße wie bei den Männern belastende Ereignisse registriert wurden.

Es herrscht also einerseits Unklarheit darüber, inwiefern bestimmte Ereignisse überhaupt eine Rolle spielen für das Auftreten einer endogenen Depression, andererseits stellt sich die Frage, wie weit es vernachlässigt wird, intensiv nach möglichen verstehbaren Zusammenhängen zu forschen und als Folge die Klassifikation "endogen" oder "reaktiv", die aufgrund der klinischen Symptomatik allein selten vorgenommen werden kann (KENDELL, 1976), davon beeinflußt wird. MATUSSEK nannte bereits als eine mögliche Ursache die unterschiedliche theoretische Orientierung der Kliniker. Was Geschlechterunterschiede angeht, z.B. bezüglich der Exploration von Patienten, so ist denkbar, daß dabei das geschlechtsspezifische Rollenbild eine Bedeutung haben könnte. Wenn - wie BECKMANN (1977) untersuchte - sowohl das Selbstbild der Frau als auch ihr Fremdbild, wie sie von Männern gesehen wird, darin übereinstimmt, daß Ängstlichkeit, Schwäche, Depression, Unterwürfigkeit und Mütterlichkeit integrale Bestandteile sind, wenn ferner nach I. BROVERMAN (1974) auch die Einstellung der Kliniker von einem "Doppelstandard" seelischer Gesundheit geprägt ist, der der gesunden Frau im Gegensatz zum gesunden Mann Unterordnung, geringere Unabhängigkeit, größere Beeinflußbarkeit, weniger Aggressivität und Neigung zu Rivalität, leichtere Kränkbarkeit und Erregbarkeit zuschreibt, dann ist daraus folgender Schluß möglich: Ein Verhalten mit Aspekten wie Ich-Schwäche, Abhängigkeit und

Ängstlichkeit mag für einen Psychiater bis zu einer gewissen Grenze als Quelle von Leiden, Krankheit relativ unverständlich und nicht nachvollziehbar sein, es ist "normal" bei einer Frau. Bei einem Mann hingegen wäre das gleiche Verhalten eher Anlaß zu Besorgnis um eine psychische Gesundheit. Aber - als gesellschaftlich erwünschtes Verhalten wird sowohl von Männern wie von Frauen jenes Verhalten bezeichnet, dessen Qualitäten eher beim gesunden männlichen Erwachsenen gefunden werden (BECKMANN, 1977). Zum Bild des idealen Menschen gehören sozialer Erfolg, Kontaktsicherheit, Angstfreiheit und hypomanische Unbekümmertheit.

Aber selbst wenn vorausgegangene, in zeitlichem Zusammenhang mit dem Erkrankungsbeginn stehende körperliche und psychische Ereignisse relativ lückenlos erfaßt werden könnten, blieben unbewußte Konflikte, langdauernde seelische Belastungen noch immer unberücksichtigt, "obwohl gerade diese Faktoren in der Pathogenese endogener Psychosen wichtiger wären als einmalige Traumata" (ANGST, 1966). In diese Richtung zielt der Ansatz der folgenden Studie, die die Bedeutung von ständigen sozialen Stressoren, wie die täglichen Rollen sie darstellen, erforscht (ILFELD, 1977). Er führt über 25 % der depressiven Symptome eines gesunden Zufallsamples auf fünf Stressoren zurück, nämlich Ehe, Beruf, Elternschaft, Nachbarschaft, ökonomische Aktivität. Elternschaft und Ehe waren am häufigsten korreliert mit depressiver Symptomatik.

Insgesamt bleibt jedoch einschränkend festzustellen, daß bei der Genese der depressiven Erkrankungen das Zusammenspiel der verschiedensten Faktoren berücksichtigt werden muß wie kürzlich abgelaufene Lebensveränderungen,unbewußte psychische Konflikte, frühe Kindheitserlebnisse und genetische Voraussetzungen.

"Aufgabe der Erziehung ist: den Menschen zu einer fruchtbaren Stellungnahme zu sich selbst und zum Leben fähig zu machen. Dem Heranwachsenden muß eine solche Interpretation der Welt und seiner Rolle in der Welt gegeben werden, daß er mit frischem Mut, ohne Kleinmut noch Hochmut, an seine Aufgabe herantreten kann. Also darf das Leben dem Heranwachsenden nicht als schrecklich, schwer, ungeeignet für erfolgreiche Tatkraft und mit menschliche Geltung erscheinen; seine eigene Position im Leben darf sich ihm nicht als eine von vornherein ungünstige oder gar aussichtslose darstellen... Eine gelungene Erziehung ist die, welche den Menschen zu kritischer Bejahung sich selbst gegenüber und zu unbefangener Tatkraft dem Leben gegenüber befähigt ... Für die Frau bedeutet das: ... Damit sie ihre Frauenrolle bejahe, müßte sie der Frau aber als eine "gute" Rolle erscheinen. Das Leben, die Welt, die Gesellschaft müßten ihr den Eindruck einer Gegend machen, in der sich leben läßt..."

A. RÜHLE-GERSTEL, 1932

V. SCHLUSSBETRACHTUNG

Die psychoanalytische Depressions-Theorie von einem Verlust in früher Kindheit (sei er real ein Objekt- oder Personenverlust oder mehr ideeller Natur, z.B. Rollenverlust) erklärt nicht die Geschlechterdifferenz in der Häufigkeit depressiver Störungen. Die ebenfalls aus der Psychoanalyse stammende Theorie von der Depression als Introjektion ursprünglich nach außen gerichteter aggressiver Impulse könnte hingegen eher eine Erklärung bieten für die geschlechtsspezifischen Unterschiede. KENDELL (1972) stellte die Hypothese auf, daß Depressionen dort häufiger sind, wo Aggressionen erzeugt, ihre offene Äußerung jedoch verhindert wird, dagegen seltener in Situationen, die relativ uneingeschränkte Aggressionsäußerungen erlauben oder aber wenig Frustrationen erzeugen. Tatsächlich werden Mädchen zu nicht-aggressivem Verhalten erzogen, während umgekehrt bei den Jungen aggressives Verhalten nicht nur nicht sanktioniert, sondern geradezu als "männlich" unterstützt wird. Oft wird der höheren Kriminalitätsrate des männlichen Geschlechts (v.a. in bezug auf Gewalttaten) die höhere Depressionsrate des weiblichen Geschlechts gegenübergestellt. KENDELL folgert überdies, daß Depression häufiger in den oberen Schichten sein müsse, da aggressive Verhaltensweisen charakteristisch seien für die unteren Schichten, was tendenziell durch die Literatur zur Schichtenverteilung der Depression auch bestätigt scheint. Da jedoch nach KENDELL eine aggressionserzeugende Situation bzw. eine Frustration vorausgegangen sein soll, stellt sie eher ein Erklärungsmodell der reaktiven Depression dar, außer, was vorstellbar, aber schwer nachvollziehbar, da häufig unbewußt ist, außer es existieren intrapsychische Konflikte, die schließlich depressive Verhaltensänderungen bewirken.

WEISSMAN und KLERMAN führen unter den psycho-sozialen Forschungsansätzen unter anderem auch Veränderungen im Laufe der Geschichte und die damit verbundenen steigenden Erwartungen an. Das Faktum, daß in manchen Entwicklungsländern die Depressionsrate des weiblichen Geschlechts nicht höher ist als die des männlichen Geschlechts, daß psychische Krankheiten in Finnland Frauen seltener betreffen als im industrialisierten Schweden, wäre wert, näher untersucht zu werden. HAAVIO-MANNILA (1976) führt als möglichen Grund dafür an, daß in Finnland, das ökonomisch noch unterentwickelt ist, die Frau eine ganz andere Rolle in der Gesellschaft innehat als in Schweden. Sie wurde nie in dem Maß wie dort als Ganz-Zeit-Hausfrau im Haus isoliert und so von vielen Bereichen der Gesellschaft getrennt. Im Zuge der Industrialisierung wurde die Tätigkeit der Hausfrau stärker restringiert und eintönig, was durch die Herausbildung der Kleinfamilie noch verstärkt wurde. "... Weil Hausfrausein heute zum größten Teil nicht mehr produzieren, sondern Fremdproduziertes instand halten heißt (nicht mehr Brotbacken... Tuchweben - sondern ... Fertiggericht aufwärmen, Fertigkleidung flicken und im Supermarkt Preise vergleichen) ist die jetzt zahllose Kleinfunktionen umfassende Haushaltstätigkeit zugleich unsichtbar und damit viel eher auch unbefriedigend geworden ... Weiterhin vollzieht Hausarbeit sich heute nicht mehr im Lebenszusammenhang des 'ganzen Hauses', der Großfamilie (Knechte, Mägde, Gesellen, Eltern, unverheiratete Geschwister), sondern wird isoliert an eine Person, die Hausfrau delegiert, die damit den Hauptteil des Tages ohne Kommunikation mit anderen Erwachsenen verbringen muß..." (BECK-GERNSHEIM, S. 133). Da die Isolation der Frau auf dem Land, ihr Ausschluß aus dem Gemeindeleben, nicht so weit fortgeschritten sein dürfte, wäre eine gezielte Untersuchung sicher informativ in Form einer Gemeindestudie, die in der Stadt lebende Hausfrauen mit Bauersfrauen bezüglich des Vorhandenseins von depressiven Symptomen vergleicht.

Ähnlich wie die "learned helplessness" - Theorie bezieht sich auch das von LINTON abgeleitete Modell auf Verhaltensmuster, die in der Kindheit gelernt werden als Teil des Sozialisationsprozesses zur Übernahme der Rollen, die von der Gesellschaft vorgegeben sind. BART (1974) ergänzt in bezug auf Depression, daß bestimmte Rollen strukturell Depression in sich tragen. Die Frage aber stellt sich, welche Bedingungen noch zusätzlich vorhanden sein müssen, daß die mit der weiblichen Geschlechtsrolle erworbenen Verhaltensmuster zu einer depressiven Störung führen bzw. welche Faktoren einen protektiven Effekt haben könnten, so daß es bei deren Fehlen zum Ausbruch einer Depression kommt. Weitere Forschung sollte gezielt dieser Frage nachgehen sowie auch den Differenzen, die innerhalb des weiblichen Geschlechts bestehen bezüglich Erkrankungshäufigkeit, um herauszufinden, welche Frauen besonders gefährdet sind.

SELIGMANs Modell der gelernten Hilflosigkeit soll ebenfalls in erster Linie für reaktive Depressionen gelten. Da ein wesentlicher Faktor, der zur "kognitiven Einstellung der gelernten Hilflosigkeit" führt, die Nichtkontrolle ist, müssen die Rahmenbedingungen miteinbezogen werden, die von außen die Handlungsfähigkeit beschneiden. Dieser äußere Rahmen ist durch die vorgegebene gesellschaftliche Rolle der Frau abgesteckt und in der Realität enger umschrieben als für den Mann oder auch als den rechtlichen und staatsbürgerlichen Bestimmungen zufolge eigentlich erwartet werden könnte. Auf der einen Seite besteht also real eine soziale Benachteiligung der Frau, auf der anderen Seite ermangelt es ihr aufgrund ihrer weiblichen Sozialisation an den entsprechenden Instrumenten, d.h. Verhaltensweisen, sozialen Fertigkeiten, sich durchzusetzen. Nach SELIGMAN ist Aggression "eines der schlagkräftigsten Mittel", die Umwelt zu kontrollieren. Aber unabhängig von der Frage, ob Aggression als Erziehungsziel überhaupt anzustreben ist, um damit dem Mädchen gleiche Durchsetzungschancen zu eröffnen wie dem Jungen, werden Mädchen gerade zum Gegenteil erzogen.

Denn die "traditionelle, über viele Jahrhunderte vollzogene Zuordnung der Frau zu den Routinearbeiten des Alltags, zur Sorge für die Bedürfnisse anderer, ... kann nun aber nicht eine bloße Teilung der Arbeit sein, die die arbeitende Person kaum betrifft, ihr völlig äußerlich bleibt ... vielmehr ist anzunehmen, daß hier ein historischer Prozeß stattgefunden hat, in dessen Verlauf die fortschreitende, sich kontinuierlich verstärkende und institutionell verfestigende Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern sich allmählich immer mehr in die arbeitende Person selbst hineinverlagert hat, dabei ... in jedem Fall und vor allem die psychische Konstitution verändert hat..." (BECK-GERNSHEIM,1976,S.45).Diese geschlechtsspezifische Fähigkeitendifferenzierung muß immer wieder von neuem über den Erziehungsprozeß hergestellt werden..." Schon im Vorschulalter zeigen Mädchen eine andere Orientierung gegenüber intellektuellen Aufgaben als Jungen. Mädchen wollen gefallen, sie arbeiten, um Liebe und Anerkennung zu finden; wenn sie begabt sind, unterschätzen sie ihre Fähigkeiten. Jungen verhalten sich aufgabenorientierter ... Mädchen haben mehr Angst als Jungen, und ihre Angst ist allgemein für ihre Leistungsfähigkeit dysfunktionaler, als das bei Jungen der Fall ist..." (zit. nach PROKOP, 1976, S. 70). Es wird fast durchgängig festgestellt, daß bezüglich der Pole Aggressivität - Abhängigkeit Jungen bzw. Männer höhere Werte in bezug auf Aggressivität - oder auch aktive Durchsetzungsfähigkeit, Eigenständigkeit, Unabhängigkeit und Selbstbehauptung - erzielen, während Mädchen bzw. Frauen durch stärkere Abhängigkeit Anpassungs- und Einordnungsbereitschaft zu charakterisieren sind (LEHR, 1972, S. 897). Von daher ist es verständlich, daß beim weiblichen Geschlecht das Sich-Verlassen auf andere, Uneigenständigkeit etc. besonders in Belastungssituationen sich als Hilflosigkeit auswirken kann.

Dennoch ist meiner Meinung nach das Modell der "learned helplessness" eine einseitige Betrachtungsweise, da es letztlich impliziert, die beste Prophylaxe gegen Depression sei, die

weibliche Sozialisation der männlichen anzugleichen, die ihr fehlenden männlich-aggressiven Eigenschaften (was natürlich nicht durchgängig der Fall ist) anzuerziehen, da in unserer Gesellschaft das ... "Herstellen von zufriedenstellenden Beziehungen zu den Menschen ...weniger gilt als Erfolg in der Welt des Geschäfts, des Handels oder der etablierten Berufsstände..." (BECK-GERNSHEIM, S. 55). Angebote zur Verbesserung der sozialen Situation der Frau (wie Schaffung von mehr Kindergartenplätzen, Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs ...) greifen nur zum Teil, da übermäßige zeitliche Beanspruchung ebenso wie mangelnde Partnerschaft zwischen Mann und Frau (d.h. ungleiche Verteilung der familiären Pflichten auf Kosten der Frau) nicht allein das Problem darstellen. Die Problematik der Frauen, die berufstätig sind bzw. angesichts des heutigen Unausgefülltseins durch den Haushalt (s. histor. Wandel) dies in Erwägung ziehen, liegt auch darin, daß ihre Fähigkeiten nicht denen entsprechen, die gefordert sind, dann jedenfalls gefordert sind, wenn man beruflich vorwärtskommen will, nämlich Konkurrenzverhalten, Aggressivität und Härte. Daß bei vielen Frauen diese Situation sich auch real niederschlägt in einer ambivalenten Haltung angesichts der Alternative Beruf- oder Familie, und dabei schichtspezifische Unterschiede wirksam werden, wurde bereits oben erwähnt.

Insgesamt bleibt folgendes festzustellen:
Da, wie bereits erwähnt, die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern kein nur äußerlicher Prozeß bleibt, sondern auch die psychische Konstitution verändert, indem bereits über die Erziehung geschlechtsspezifische Fähigkeiten und Verhaltensweisen ausgebildet werden, wäre es ein erster Schritt, die Aufhebung dieser Polarisierung anzugehen, v.a. dort, wo sie eine Benachteiligung für die eine Seite bedeutet. So wäre eine Entwicklung vorstellbar, in deren Verlauf einerseits die "Rückkehr des Vaters in die Familie" (WAGNEROVA, 1976, S.65) erfolgen würde, andererseits auch der Frau ein stärkeres berufliches Engagement ermöglicht würde. Die Schaffung von

mehr Teilzeitarbeitsplätzen z.B. würde einen Schritt in diese Richtung bedeuten, wo sich weder für den Mann noch für die Frau die Alternative Beruf- oder Familie in der Härte stellen würde, wie dies heute der Fall ist.

Eine Veränderung weg von den alten männlich - weiblichen Stereotypen müßte jedoch bereits im Erziehungsprozeß beginnen, indem nämlich auch der Junge dazu erzogen wird, später "Familienvater" sein zu können, was jedoch weit über die Rolle des "Ernährers", auf die er heute beschränkt ist, hinausgeht.

Was die Erziehung des Mädchens angeht, kann es aber wohl nicht darum gehen, "gelernte Hilflosigkeit" in der weiblichen Sozialisation zu ersetzen durch Aggressivität als einem erfolgversprechenden Mittel, die Umwelt zu kontrollieren und auf diese Weise depressionsfördernde Umstände zu vermeiden. Vielmehr stellt sich die Frage, inwieweit die weiblichen, auf Personen und Kommunikation hin orientierten Fähigkeiten und psychischen Dispositionen der Frau nicht zu erhaltende sind und ferner, wenn sie nicht unterdrückt werden sollen, fragt sich w i e sie bewahrt werden können, ohne zu Benachteiligung, Unterprivilegierung und deren negativen psychischen Folgen zu führen.

"Eine wirkliche 'Emanzipation durch Beruf' ist nur in dem Maße möglich, wie die gegenwärtigen Bedingungen beruflicher Arbeit in Frage gestellt und verändert werden, wie es nicht bloß um Integration in den Beruf, sondern um Integration in eine qualitativ andere und neue Form des Berufs geht..."

(BECK-GERNSHEIM, 1976, S. 175)

VI. ZUSAMMENFASSUNG

GOVEs Hypothese, daß verheiratete Frauen häufiger depressiv werden als verheiratete Männer bzw. als ledige Frauen, konnte in der vorliegen Arbeit nicht bestätigt werden. Sowohl bei den männlichen wie bei den weiblichen Patienten konnte hinsichtlich ihres Zivilstandes kein bedeutender Unterschied im Vergleich zur Wohnbevölkerung festgestellt werden, außer in den jüngeren Jahrgängen 20 bis 40, wo bei beiden Geschlechtern der Anteil der Ledigen höher ist als in der Bevölkerung.

Ledige Patientinnen, sodann die geschiedenen, hatten den hächsten Anteil an reaktiven Depressionen.

Des weiteren konnte GOVE darin nicht zugestimmt werden, daß Frauen unter Doppelbelastung besonders gefährdet seien, das Gegenteil war der Fall.

Was die Schichtzugehörigkeit anbelangt, so sind keine eindeutigen Tendenzen zu erkennen.

Frauen ohne Kinder sind unter den Patientinnen viel seltener vertreten als entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil zu erwarten wäre, Frauen mit Kindern jedoch sehr viel häufiger.

Bei den weiblichen Patienten war die Häufigkeit an "life events" nicht größer als bei den männlichen, doch standen bei den Frauen Ereignisse aus dem familiären Bereich im Vordergrund, bei den Männern solche aus der beruflichen Sphäre.

Herrn Professor Dr. Heimann danke ich herzlichst für die Überlassung des Themas.

Für die großzügige Unterstützung sowie Betreuung bei der Erstellung und Abfassung der Arbeit gilt mein besonderer Dank Herrn Dr. Gestrich und Herrn Dr. Schied.

VERWENDETE LITERATUR

ADELSTEIN, DOWNHAM. The epidemiology of Mental Illness in an English City, in: Soc. Psychiatry, 3, 1968, 47-59

ANGST, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen, in: Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, 112, 1966

BAGLEY, C.: Occupational Class and Symptoms of Depression, in: J. Soc. Sci. & Med., 7, 1973, 327-40

BART, P.: The Sociology of Depression, in: ROMAN, TRICE (Eds.), "Explorations in psychiatric sociology", Philadelphia, 1974

BECKMANN, D.: Selbstbild und Fremdbild der Frau, in: Familiendynamik, 1, 1977

BECK-GERNSHEIM, E.: Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt, Arbeiten aus dem Sonderforschungsbereich 101 der Universität München, aspekte Verlag, 1976

BIRTCHNELL: Social Class, Parental social Class and Social Mobility in Psychiatric Patients and General Patients and General Population Controls. Psychol. Med., 1, 1971, 209-21

BROOKE: National Statistics in the Epidemiology of Mental Illness, in: J. Ment. Sci., 105, 1959, 893-908

BROWN, G.W., HARRIS, T.: Social Class and Psychiatric Disturbance among Women in an Urban Population, in: Sociology, 9, 1975, 225-54

BROVERMAN, I.: Sex Role Stereotypes and Clinical Judgments of Mental Health, in: J. Consult. Clin.Psychol., 34, 1970, 1-7

COLEMAN, R.E.: The Relationship between Depression and Marital Maladjustment in a clinical Population, in: J. Consult. Clin. Psychol., 43, 1975, 647-51

DIETRICH, H.: Analyse soziokultureller Faktoren bei depressiven Patientinnen, in: Confin. psychiatr., Band 4, 1961, 110-22

FORREST, A.D., FRASER: Environmental Factors in Depressive Illness, in: Brit. J. Psychiat., 111, 1965

GOTTSCHALCH, W., NEUMANN-SCHÖNWETTER, M., SOUKOUP, W.: Sozialisationsforschung, Frankfurt/Main, 1971

GOVE, W.R., TUDOR, J.F.: Adult Sex Roles and Mental Illness, in: Am. J. Sociol., 78, 1973, 812-35

GOVE, W.R.: The Relationship between Sex Roles, Marital Status and Mental Illness, in: Soc. Forces, 51, 1972, 34-44

GOVE, W.R., TUDOR & TUDOR: The Effect of Sex Role Differences on the Social Control of Mental Illness, in: J. Health & Soc. Behaviour, 18, 1977, 98-112

HAASE, H.J.: Depressionen - Entstehung, Erscheinung, Behandlung, Stuttgart, 1976

HAMMEN, C.L., PETERS, S.D.: Differential Responses to Male and Female Depressive Reactions, in: J. Consult. Clin. Psychol., 45, 1977, 994-1001

HAAVIO-MANNILA, E.: Ecological and Sex Differences in the Hospitalization of Mental Illness in Finland and Sweden, in: Soc. Sci. & Med., 1976, 77-82

HOFMANN, N.: Depressives Verhalten. O. Müller Verlag, Salzburg, 1976

ILFELD, F.: Current Social Stressors and Symptoms of Depression, in: Am. J. Psychiat., 134, 1977, 225-53

KATSCHNIG, H.: Sozialer Stress und psychische Erkrankung, aus: Fortschritte der Sozialpsychiatrie Nr. 5, 1980

KENDELL, R.E.: The Classification of Depression, A Review of Contemporary Confusion, in: Brit. J. Psychiat., 129, 1976, 15-28

KENDELL, R.: Aggression und Depression, in: Sozialpsychiatr. Texte, 1972, 233-40

KINSKY, A.S.: Community Strucure and Depressive Disorders, in: Soc. Problems, 17, 1969, 120-31

LEHR, U.: Die Frau in Beruf und Familie, Bonn, 1969

LEHR, U.: Das Problem der Sozialisation geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen, in: Handbuch der Sozialpsychologie, Band 7, 1972

MAZER, M.: People in predicament, A Study in Psychiatric and Psychosocial Epidemiology, in: Soc. Psychiatry, 9, 1974, 85-90

MEILE, L., JOHNSON, P.: Marital Role, Education and Mental Disorder among Women, in: J. Health & Soc. Beh., 17, 1976, 295-301

MENSCHIK, J.: Gleichberechtigung oder Emanzipation? Die Frau im Erwerbsleben in der BRD, Fischer TB, 1971

MATUSSEK: Endogene Depression, München 1965

MYRDAL, A., KLEIN, V.: Die Doppelrolle der Frau im Familie und Beruf, Köln 1956

NATHANSON, C.A.: Illness and the Feminine Role, A Theoretical Review, in: Soc. Sci. & Med., 9, 1975, 57-62

ODEGAARD, O.: Epidemiologie der Psychosen, in: Nervenarzt, 42, 1971

PAYKEL; E.S.: Live Events and Depression, in: Arch. Gen. Psychiat., 21, 1969, 753-60

PARRY, H.J., BALTER, M.B., MELLINGER, G.D.: National Patterns of Psychotherapeutic Drug Use, in: Arch. Gen. Psychiat., 28, 1973, 769-83

PFEIL, E.: Die Berufstätigkeit von Müttern, Tübingen, 1961

PHILIPPS, D.L., SEGAL, B.E.: Sexual Status and Psychiatric Symptoms, in: Am. Sociol. Rev., 34, 1969, 58-72

PROKOP, U.: Weiblicher Lebenszusammenhang. Von der Beschränktheit der Strategien und der Unangemessenheit der Wünsche, ed. Suhrkamp 1977

RADLOFF, L.: Sex Differences in Depression, The Effects of Occupation and Marital Status, in: Sex Roles, 1, 1975, 249-65

RICHTER, H.E.: Die Deformierung des Verhältnisses der Geschlechter: Das Leiden der Frau, In. Lernziel Solidarität, 1974

RÜHLE-GERSTEL, A.: "Nur ein Mädchen!" - Erziehung als Ermutigung, aus: Das Frauenproblem der Gegenwart, Eine psychologische Bilanz, Leipzig 1932, S. 62-65

SCHWAB, J., BIALOW, M. et al.: Sociocultural aspects of Depression in Medical Inpatients, in: Arch. Gen. Psychiat., 17, 1966, 539-43

SCHWAB, J. et al.: The Beck Depression Inventory with Medical Patients, in: Acta Psychiat. Neurol. Scand., 42, 1967, 255-69

WAGNEROVA, A.K.: Mutter, Kind, Beruf., Rowohlt TB, 1976

WEISSMAN, M.M., KLERMAN, M.D.: Sex Differenzces and the Epidemiology of Depression, in: Arch. Gen. Psychiat., 34, 1977, 98-111

WINOKUR, G., CADORET: Depressive Disease; Life events and Onset of Illness, in: Arch. Gen. Psychiat., 26,1972, 133-36

WULFF; E.: Zur vergleichenden Psychiatrie depressiver Zustandsbilder, in: Psychiatrie und Klassengesellschaft, 1972, 134-43

Lebenslauf

Am 26. Oktober 1952 wurde ich, Helga Anna Merkl, geb. Balling, als ältestes Kind des Schmiedemeisters Georg Balling und seiner Ehefrau Hedwig, geb. Barthel, in Würzburg geboren.

In meinem Heimatort Gützingen besuchte ich ab 1958 die Volksschule. 1963 wechselte ich auf das St. Ursula-Gymnasium in Würzburg über, das ich 1972 mit dem Abitur abschloß.

Im Herbst 1972 begann ich das Medizinstudium an der Universität Tübingen. Den letzten Teil des Studiums, das Praktische Jahr, leistete ich in Stuttgart am Bürgerhospital ab. Als drittes Fach hatte ich die Erwachsenenpsychiatrie gewählt. Am 22. Oktober 1979 schloß ich das Studium mit dem Staatsexamen ab.

Ich heiratete im Juni 1980. Meine Facharztausbildung möchte ich voraussichtlich in der Gynäkologie machen.

DRUCK:
DKD-Druck-und Kopierdienst GmbH
6300 Giessen, Frankfurter Str. 22
Tel. 0641 / 71878